Protocolo de Enfermagem

na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás

2ª EDIÇÃO

Coren GO
Conselho Regional de Enfermagem de Goiás
Unir para transformar

Coren GO
Conselho Regional de Enfermagem de Goiás
Unir para transformar

Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás

GOIÂNIA
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
GPT/BC/UFG

P967 Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás / organizadores Claci Fátima Weirich Rosso... [et al.]. - Goiânia : Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014.
336 p. : il.

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-85-68947-01-2 (digital)
ISBN 978-85-68947-00-5 (broch.)

1. Enfermagem – Cuidados primários de saúde – Protocolo – Goiás (Estado). I. Rosso, Claci Fátima Weirich.

CDU: 616-083:614.2(817.3)

Conselho Federal de Enfermagem
Lei 5.905 de 12 de julho de 1973
Conselho Regional de Enfermagem de Goiás
Filiado ao C.I.E. - Genebra

Diretoria
Presidente: ENF Maria Salete Silva Pontieri Nascimento
Secretária: ENF Marysia Alves da Silva
Tesoureira: ENF Luzia Helena Porfírio Berigo
Comissão de Tomada de Contas
TEC João Batista Lindolfo
TEC Gilberto Ferreira Rosa
ENF Ângela Bete Severino Pereira
Conselheiros Vogais
ENF Ana Cecília Coelho Melo
TEC Irani Tranqueira dos Reis Almeida
AUX Maria Helena Carvalho Sá
Conselheiros Suplentes
ENF Zilah Cândida Pereira das Neves
ENF Cristiane José Borges
ENF Michelle da Costa Mata
ENF Marta Valéria Calatayud Carvalho
ENF Kenia Barbosa Rocha
TEC Rosilene Alves Brandão e Silva
TEC Rosair Pereira Rosa
TEC Stefania Cristina de Souza Nolasco
AUX Teresinha Cíntia de Oliveira

Sede
Rua 38 nº 645, Setor Marista. CEP: 74150-250. Goiânia-GO.
Telefone/Fax: (62) 3242.2018
Site: www.corengo.org.br
E-mail: corengo@corengo.org.br
Subseções
Anápolis
Av. Minas Gerais nº 142, Edifício Empresarial Jundiaí – sala 7, Jundiaí.
Telefone/Fax: (62) 3324.0708
Rio Verde
Unidade Vapt Vupt - Av. Presidente Vargas nº 1.650, Jardim Goiás - CEP: 75.903-220
Telefone (64) 3636.4933
Valparaíso de Goiás
Unidade Vapt Vupt - Rodovia BR 040, Km 12 Gleba F, Parque Esplanada III,
Shopping Sul, loja 140-A - CEP: 72876-301
Telefone/Fax: (61) 3629.2371

Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás

Organizadores

Claci Fátima Weirich Rosso

Karla Prado de Souza Cruvinel

Marisa Aparecida de Souza e Silva

Nilza Alves Marques Almeida

Valdivina Mendes Pereira

Daíse Cristina de Sá Pinheiro

PREFÁCIO

O Conselho Regional de Enfermagem de Goiás tem o prazer de apresentar e dividir com toda a categoria de enfermagem e demais profissionais da área este protocolo de Atenção em Saúde.

A diversidade de procedimentos hoje disponíveis na saúde, assim como, a premente necessidade da organização dos serviços, do desenvolvimento de atitudes interdisciplinares exigem, dos profissionais e gestores, a elaboração, divulgação e adoção de ferramentas que sejam capazes de instrumentalizar as ações dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e demais serviços.

Essas ações são sustentadas por meio de procedimentos e processos simples ou complexos constituídos a partir do seu próprio conhecimento, no caso, a disciplina enfermagem, os quais interagem com a aplicação do conhecimento de outras disciplinas, como as que resultam em Protocolos de prevenção e de ações clínicas franqueadas pelo Ministério da Saúde, compondo diretrizes terapêuticas fundamentadas em evidências científicas e práticas de consenso.

Nos vários cenários da atenção à saúde, a enfermagem com seus atores, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem busca garantir um atendimento individualizado, personalizado, coletivo ou grupal em consonância com a natureza do seu cuidado, isto é, um cuidar compartilhador de princípios como integralidade, olhar holístico, assertividade, sensibilidade, dignidade, sistematização, entre outros.

O presente protocolo objetiva contribuir, de forma ética, crítica e responsável, com essa busca para a transformação das práticas e a consequente ampliação da qualidade e autonomia da enfermagem em nosso estado. *Unir para transformar!* Esse é o desafio!

SUMÁRIO

Apresentação 9

1 Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde da Família 11

2 Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança 27

3 Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde do Adolescente 89

4 Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher 107

5 Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde do Homem 133

6 Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso 159

7 Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde do Trabalhador 179

8 Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde Mental 203

9 Protocolo de Enfermagem na Atenção à Imunização 221

10 Protocolo de Enfermagem na Atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis 228

11 Protocolo de Enfermagem na Atenção à Tuberculose 257

12 Protocolo de Enfermagem na Atenção À Hanseníase 270

13 Protocolo de Enfermagem na Atenção à Raiva Humana 281

14 Protocolo de Enfermagem na Atenção à Dengue 299

15 Protocolo de Enfermagem na Atenção à Hipertensão 311

16 Protocolo de Enfermagem na Atenção à Diabetes Mellitus 329

APRESENTAÇÃO

A ideia de criação de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde foi inspirada na preocupação do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Goiás (Coren-GO), em elaborar um instrumento prático e objetivo, para nortear as ações dos profissionais de enfermagem. O objetivo é subsidiar a conduta profissional para a promoção de atendimento de qualidade e segurança aos usuários do Sistema Único de Saúde, respaldado pelo órgão competente na fiscalização das atividades desses profissionais.

Os Protocolos de Enfermagem podem ser estabelecidos para todos os serviços de enfermagem nos diferentes níveis de Atenção, entretanto os Protocolos apresentados nesta edição estão direcionados às ações na Atenção Primária à Saúde. Esses constituem instrumento para nortear a sistematização da assistência de enfermagem, nas consultas de enfermagem no âmbito das Unidades Básicas de Saúde e nas ações a serem desenvolvidas na comunidade, como visitas domiciliares e atividades de grupos.

Ao considerar que os processos de trabalho desses profissionais tornam-se cada vez mais complexos, e os avanços tecnológicos intermediam o saber-ser e o saber-fazer das pessoas, destaca-se a relevância de protocolos que orientem, normatizem e proporcionem segurança e qualidade no desempenho das atividades da enfermagem.

A reedição com atualização deste documento se torna necessária, visto que o profissional enfermeiro, membro ativo da equipe multiprofissional, precisa desenvolver um trabalho com autonomia e maior resolutividade, inserido nos programas de saúde pública preconizados pelo Ministério da Saúde, conforme salienta a Lei 7.498/86 do Exercício Profissional da Enfermagem.

Além de que, como a Atenção Primária à Saúde está em constante atualização frente aos Programas e Diretrizes adotados pelo Ministério da Saúde e o conhecimento científico é dinâmico e aperfeiçoado constantemente, as atualizações dos Protocolos de Enfermagem são um processo natural e necessário, que visa incorporar novos conhecimentos e procedimentos às ações de enfermagem para objetividade, agilidade, qualidade e maior segurança ao cliente, ao profissional e ao serviço.

Nesse contexto, subsidia esta reedição dos protocolos a Portaria nº 2.488/2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), versão atualizada, a qual estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica de Saúde (ABS), para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e, também, estimula a elaboração de protocolos e/ou outras normas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais de cada profissão da área da saúde. Também a Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde, possui o objetivo de

promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Frente a todo esse contexto, tornam-se oportunas a elaboração e a reedição de Protocolos de Enfermagem, nas mais diversas áreas de atuação na Atenção Primária em Saúde.

Aos profissionais enfermeiros, as principais vantagens dos protocolos de enfermagem incluem a oferta de um valioso material consolidado, validado e de fácil consulta. Permitem sistematizar o cuidado ofertado e corroborar a tomada de decisões. Daí sua característica de instrumentalização das ações cotidianas, tais como as consultas de enfermagem no âmbito das Unidades de Saúde e, também, nas ações desenvolvidas na comunidade e nos diferentes espaços de atuação. A atual tendência é que as pessoas, em qualquer segmento, trabalhem em equipe, incentivando-se à colaboração, ao relacionamento harmonioso, à comunicação e à troca de experiências.

Com esse intuito e para atender à proposta de organizar o trabalho, coordenar, acompanhar e colaborar para o desenvolvimento das atividades de revisão, atualização e ampliação do Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás, editado em 2010, foi constituída a Câmara Técnica de Revisão dos Protocolos de Atenção Primária em Saúde. A mesma compôs-se de enfermeiros gestores, assistenciais e docentes, representantes da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS/Goiânia), da Universidade Federal de Goiás (UFG) e da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás), em sua maioria, elaboradores da primeira edição do protocolo. Esse grupo foi composto com representatividade local para tal finalidade, cuja legitimidade foi conferida através da Portaria COREN-GO nº 0999, de 1º de março de 2013.

A Câmara Técnica estruturou os trabalhos a partir da composição de Grupos de Trabalho (GT), divididos de acordo com as áreas temáticas de 'expertise' dos profissionais, representados por segmentos dos setores de serviço e ensino.

Pelo exposto, fica clara a pretensão em elaborar protocolos que atendam às principais demandas em Atenção Primária à Saúde e apoiem o enfermeiro no seu trabalho cotidiano. Assim sendo, por meio do trabalho integrativo, reflexivo e atinente à prática em saúde, apresenta-se o trabalho elaborado pelos Grupos de Trabalho em parceria com a Câmara Técnica.

1 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Bárbara Souza Rocha[1]
Laidilce Teles Zatta[2]
Marcela Alvarenga de Morais[3]
Marisa Aparecida de Souza e Silva[4]
Mirlene Guedes de Lima[5]

Introdução

A atenção à Saúde da Família está inserida no sistema de saúde brasileiro – Sistema Único de Saúde (SUS), como a estratégia capaz de consolidar as propostas do sistema e de fortalecer a Atenção Básica (AB) como força motora das Redes de Atenção em Saúde (RAS).

Dentre as características mais marcantes da AB, está seu alto grau de descentralização e capilaridade, ou seja, chegar o mais próximo possível da vida das pessoas. A AB se torna o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada deles no SUS. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A AB considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir atenção integral (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada a estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da AB, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012). Vale ressaltar que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos "Atenção Básica" e "Atenção Primária à Saúde", nas atuais concepções, como termos equivalentes.

Objetivos

Os objetivos da ESF estão ligados diretamente aos fundamentos e diretrizes da AB

[1]Enfermeira, doutoranda, Universidade Federal de Goiás
[2]Enfermeira, mestre, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Secretária Municipal de Saúde de Goiás
[3]Enfermeira, especialista, Secretaria de Saúde do Estado de Goiás
[4]Enfermeira especialista, Secretaria de Saúde do Estado de Goiás
[5]Enfermeira, Secretaria Municipal de Saúde

(BRASIL, 2012) sendo assim, para que o serviço seja entendido na perspectiva da AB e da ESF é preciso:

I - Ter território adstrito, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais;

II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos;

III - Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - Coordenar a integralidade, integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a esses fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades;

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde, às pessoas e às coletividades do território.

Locais de desenvolvimento das ações

As ações podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, na comunidade ou no domicílio.

Nas unidades de saúde: geralmente, são os locais onde se realizam os procedimentos de enfermagem, médico e odontológico. Entretanto, podem ser feitas consultas, palestras, rodas de conversa, atividades de educação permanente, reuniões entre outras ações;

Na comunidade: com a identificação de equipamentos sociais, é possível desenvolver diversas ações na comunidade, utilizando os espaços como as creches, escolas, igrejas, centros comunitários entre outros;

No domicílio: o domicílio representa o epicentro da maioria dos processos e ações da ESF, pois é nesse local que tem-se acesso aos condicionantes individuais, coletivos, sociais de cada indivíduo e família cadastrada. Nesse aspecto, a visita domiciliar se torna uma ferramenta indispensável para a efetividade das ações de saúde realizadas nas unidades básicas de saúde e na comunidade.

Princípios norteadores da Estratégia Saúde da Família

A ESF trabalha de forma a garantir a prestação da assistência integral e contínua de boa qualidade à população, elegendo a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; a intervenção sobre os fatores de risco a que essa população está exposta, humanizando as práticas de saúde por meio de esta-

belecimento de vínculo de confiança e contribuindo para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença.

Os princípios norteadores da Saúde da Família são:

- Territorialização e Adscrição da Clientela: a Unidade de Saúde Familiar (USF) trabalha com território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento dessa população.
- Equipe Multiprofissional: composta por um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses, odontólogos e auxiliar ou técnico em saúde bucal, dentre outros, poderão fazer parte das equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades locais.
- Caráter Substitutivo: substituição das práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, centrado na Vigilância à Saúde.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

Para integrar os princípios da AB no desenvolvimento da ESF e consolidação do SUS, serão trabalhadas, neste protocolo, questões norteadoras da atuação da Enfermagem.

Território adstrito (Territorialização)

A territorialização pressupõe o diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas e deve impactar, de forma favorável, as condições de saúde da população adscrita.

Nesse contexto, a territorialização em saúde se coloca como uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, desenhando novas configurações *loco-regional*, a partir do reconhecimento e esquadrinhamento do território, segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA et al., 1998).

O reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico (MONKEN, BARCELLOS, 2005).

Alguns dos pilares de uma noção de territorialização mais abrangente seriam, então, a valorização:

- da experiência cotidiana das populações locais

- dos usuários do sistema
- dos profissionais de saúde formados na própria comunidade, nesse caso, os ACSs.

A territorialização, pois, é um pressuposto básico do trabalho da unidade de saúde. Precisa-se, portanto, cuidar do território, da saúde do município, além da saúde das pessoas, e, para que isso aconteça, exige-se que as pessoas que lá vivem participem da definição dos problemas prioritários e de sua resolução, incluindo aqui, também, o reconhecimento das suas potencialidades. É a partir do fortalecimento da solidariedade local que podem-se pensar as intervenções tomando a população como sujeita, inserindo-a nos processos, estimulando o compartilhamento de decisões e a responsabilidade cidadã. A territorialização possibilita, por isso, um melhor acesso dos usuários ao serviço de saúde e à facilidade do acesso ao sistema, em função da cobertura do Agente Comunitário de Saúde (NEVES, 2011).

Mapeamento

O mapeamento é o conhecimento sobre a sua área, um retrato de sua microárea vista de cima que, ao ser observado, mostra com clareza os locais onde se encontram os principais problemas de saúde e do meio ambiente.

Ao desenhar o mapa, você representa, no papel, o que existe na microárea: ruas, casas, prefeitura, escolas, serviços de saúde, feira, comércio, igrejas, correio, posto policial, rios, pontes, córregos e outras coisas importantes.

A partir do reconhecimento da área através da confecção do mapa e do estudo da área, é possível desenhar a cobertura de assistência necessária para o território. No caso do número de ACS que deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, é preciso considerar que uma ACS pode ter cadastrado em sua microárea um máximo de 750 pessoas e que cada equipe pode ter no máximo 12 ACS, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

Cada equipe de SF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 2.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

Cadastramento

O cadastramento, praticamente delegado exclusivamente ao ACS, é realizado mediante o preenchimento de fichas padronizadas que ajudará na definição precisa do território. Esse cadastro está organizado nas dimensões domiciliar e individual.

O cadastro é o primeiro passo para o conhecimento da realidade das famílias re-

sidentes na área de adscrição de sua responsabilidade. É importante que a equipe tenha em mente que esse é um momento importante para o estabelecimento de vínculo entre a equipe de SF e as famílias. A meta sempre será de 100% das famílias de sua área de responsabilidade cadastradas.

Sistema de informação da Atenção Básica

O e-SUS é uma das estratégias do Ministério da Saúde para desenvolver, reestruturar e garantir a integração dos Sistemas de Informações em Saúde, de modo a permitir um registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde. O cadastro era gerido pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) que foi substituído pelo novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) que moderniza a plataforma tecnológica, por meio do software e-SUS AB (BRASIL, 2013). Esse é composto pelo Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) e seus instrumentos de coleta de dados e pelo sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-AB), atendendo a diversos cenários de informatização e conectividade.

Outro avanço do SISAB é contemplar o registro das informações produzidas pelas seguintes equipes: Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua (CnR), Atenção Domiciliar (AD), pólos de Academia da Saúde, assim como as ações das equipes participantes do Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2013).

O sistema de Cadastramento Domiciliar Simplificado utiliza sete fichas para o registro das informações, as quais estão divididas em três blocos: Cadastro da AB, Fichas de Atendimento de Nível Superior e Ficha de Atendimento de Nível Médio e outros. Link para acesso às fichas (http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_cds.pdf)

Acesso e vínculo

Na perspectiva de se garantir acesso aos usuários e aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde preconiza o Acolhimento à demanda espontânea nas unidades como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso, dispositivo de reorganização do processo de trabalho da equipe em função das reais necessidades do seu território, além de promover a vinculação e responsabilização das equipes para com seus usuários. O Acolhimento permite conhecer a população que está demandando serviços de saúde, sendo subsídio para a construção das agendas das equipes enquanto dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde da população (BRASIL, 2012).

Todos os profissionais têm por atribuição participar do acolhimento desde que se garanta a escuta qualificada das necessidades de saúde com uma primeira avaliação, observando o risco e vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos dos usu-

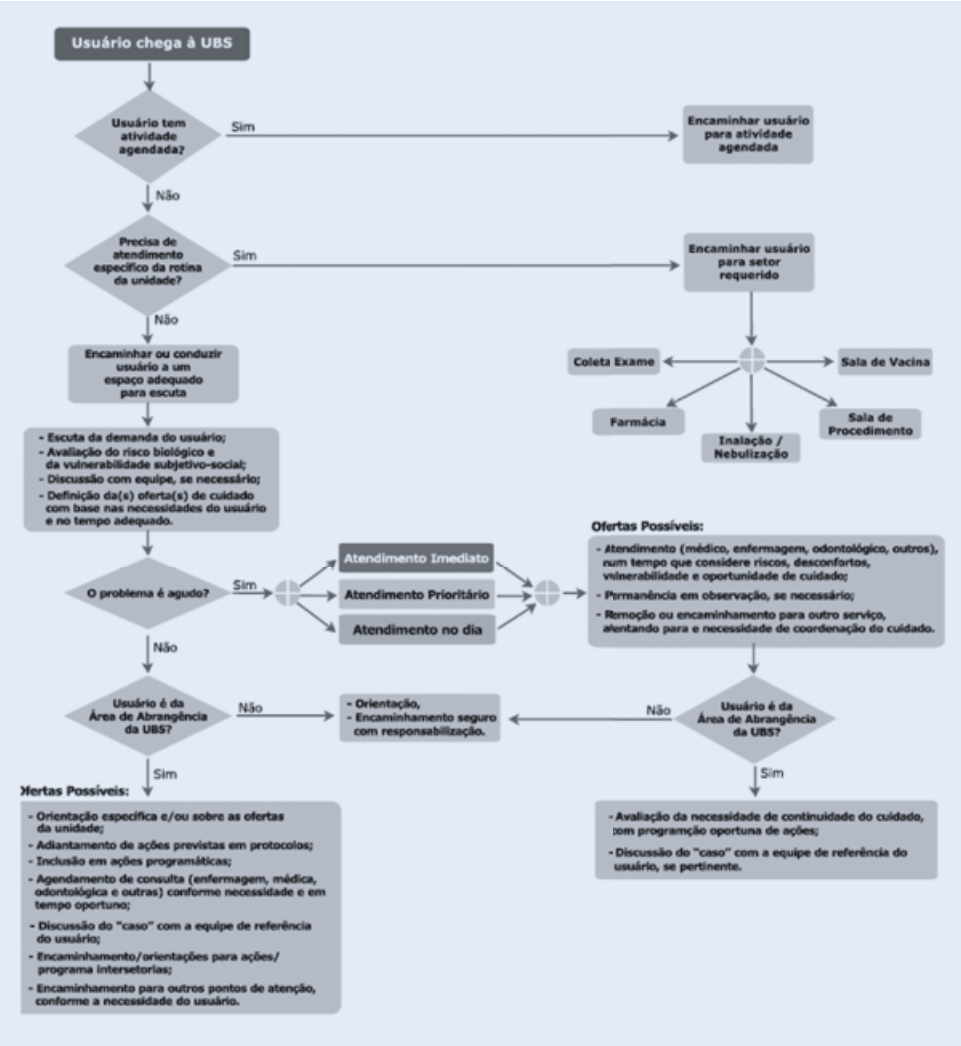
ários que procurem a unidade de saúde. O Acolhimento à demanda espontânea pode ocorrer de diversas formas, são alguns exemplos de modalidades de Acolhimento:

- Acolhimento pela equipe de referência do usuário
- Equipe de acolhimento do dia
- Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de Acolhimento do dia)
- Acolhimento coletivo

O principal papel do profissional no momento do Acolhimento, ou seja, "na primeira escuta do usuário", é organizar a demanda de acordo com a necessidade individual e a equipe deve estar atenta a:

- Avaliar a necessidade de cuidados imediatos;
- Prestar ou facilitar os primeiros cuidados;
- Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas;
- Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado (Anexo 01);
- Organizar a disposição dos pacientes no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, administração de medicação, espera de remoção para outro serviço ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea;
- Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação.

Fluxograma para organização do trabalho das equipes para atendimento à demanda espontânea


Usuário chega à UBS
Usuário tem atividade agendada?
Sim
Encaminhar usuário para atividade agendada
Não
Precisa de atendimento específico da rotina da unidade?
Sim
Encaminhar usuário para setor requerido
Não
Encaminhar ou conduzir usuário a um espaço adequado para escuta
Coleta Exame
Sala de Vacina
Farmácia
Sala de Procedimento
Inalação / Nebulização
- Escuta da demanda do usuário;
- Avaliação do risco biológico e da vulnerabilidade subjetivo-social;
- Discussão com equipe, se necessário;
- Definição da(s) oferta(s) de cuidado com base nas necessidades do usuário e no tempo adequado.
Ofertas Possíveis:
- Atendimento (médico, enfermagem, odontológico, outros), num tempo que considere riscos, desconfortos, vulnerabilidade e oportunidade de cuidado;
- Permanência em observação, se necessário;
- Remoção ou encaminhamento para outro serviço, atentando para a necessidade de coordenação do cuidado.
O problema é agudo?
Sim
Atendimento Imediato
Atendimento Prioritário
Atendimento no dia
Não
Usuário é da Área de Abrangência da UBS?
Não
- Orientação,
- Encaminhamento seguro com responsabilização.
Não
Usuário é da Área de Abrangência da UBS?
Sim
Ofertas Possíveis:
- Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade;
- Adiantamento de ações previstas em protocolos;
- Inclusão em ações programáticas;
- Agendamento de consulta (enfermagem, médica, odontológica e outras) conforme necessidade e em tempo oportuno;
- Discussão do "caso" com a equipe de referência do usuário;
- Encaminhamento/orientações para ações/programa intersetorias;
- Encaminhamento para outros pontos de atenção, conforme a necessidade do usuário.
Sim
- Avaliação da necessidade de continuidade do cuidado, com programação oportuna de ações;
- Discussão do "caso" com a equipe de referência do usuário, se pertinente.

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2011

Gestão do cuidado

A gestão do cuidado é uma ferramenta essencial para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nas quais os profissionais devem coordenar a integralidade das ações prestadas aos usuários de saúde, coordenando-as na RAS através da organização do fluxo de usuários dentro dos pontos de atenção da rede e possibilitando a integração dos níveis assistenciais (OPAS, 2011).

A incorporação de ferramentas e dispositivos, para a gestão do cuidado tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, reconhecimento explícito das responsabilidades de cada nível, instrumentalizam os profissionais para a produção da gestão do cuidado (BRASIL, 2012).

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Os NASF fazem parte da AB, mas não se constituem um serviço com unidades físicas independentes ou especiais e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (esses, quando necessários devem ser regulados pela ESF). Os mesmos foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolubilidade (BRASIL, 2012).

São constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de SF, das equipes de AB para populações específicas (Consultórios de Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais Etc.) e Academia da Saúde, atuando diretamente no apoio matricial às equipes as quais o NASF está vinculado e no território dessas equipes (BRASIL, 2012).

De acordo com Brasil (2012, p.70), são atividades desenvolvidas pelo NASF:

"discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de Projetos Terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc."

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) possui a intenção de reduzir a demanda por atendimento hospitalar e/ou reduzir o período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários, sendo a AB a ordenadora da atenção domiciliar (BRASIL, 2013).

O SAD é dividido em duas equipes: Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta e/ou assistente social e técnico em enfermagem; e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), composta por fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, farmacêutico, nutricionista e cirurgião dentista (BRASIL, 2013).

A atenção domiciliar (AD) é dividida em três modalidades de acordo com a complexidade e as características do quadro de saúde do usuário: modalidade AD1 inclui usuários que necessitam de cuidados de menor complexidade, possuam problemas de

saúde controlados/compensados e com dificuldade de locomoção até uma unidade de saúde, sendo esses assistidos pelas equipes da ESF,com apoio do NASF; AD2 destina-se a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitam de cuidados com maior frequência; AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitam de cuidados com maior frequência, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. Os pacientes classificados como AD2 ou AD3 devem ser assistidos pelo SAD, porém, quando em área coberta pela ESF, devem ser assistidos pelo Projeto Terapêutico Singular do paciente, sendo o mesmo assistido pelas equipes do SAD e ESF (BRASIL, 2013).

Reunião de equipe

Para obter melhor impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que as ações da ESF tenham por base uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas que estejam integrados e sejam capazes de desenvolver Projetos Terapêuticos Singulares em conjunto para cada paciente e/ou família.

Por meio das reuniões com todos os membros da equipe, é possível conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade; compartilhando conhecimentos e informações para o desenvolvimento do trabalho em equipe; participação na formação e no treinamento de pessoal auxiliar, voluntários e estagiários de outros serviços, preparando-os para identificar os principais problemas biológicos, mentais e sociais da comunidade. É atribuição comum de todos os componentes da ESF organizar e participar de reuniões de equipe, de forma periódica, a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir dos dados disponíveis (BRASIL, 2012).

Educação Permanente

A Educação Permanente na SF deve ser constitutiva, garantindo a qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular.

A Educação Permanente deve ir além de sua dimensão pedagógica, a mesma deve ser encarada como uma importante estratégia de gestão, com o objetivo de permitir mudanças no cotidiano dos serviços e deve ser embasada num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho que podem ser definidos por múltiplos fatores (BRASIL, 2012).

É fundamental, antes de iniciar os trabalhos em uma equipe de SF, que os profissionais reconheçam suas atribuições e as atribuições dos colegas de equipe. Por isso,

como sugestão, procurem realizar, sempre que necessário, atividades de Educação Permanente e discutam as devidas atribuições e papéis dentro da equipe.

Consulta de Enfermagem / SAE

Faz-se importante que a equipe de enfermagem que atua na ESF, atue de forma sistematizada, com registro de todas as ações planejadas e desenvolvidas para o indivíduo, família e/ou comunidade. Atualmente, uma das formas de atuação sistematizada acontece por meio do Processo de Enfermagem, que é composto por cinco etapas: coleta de dados; diagnósticos de enfermagem; planejamento (meta, objetivos e prescrições); implementação e evolução. O profissional de enfermagem precisa lançar mão de teorias e terminologias em enfermagem, capazes de contemplar a realização do processo de enfermagem e sistematizar sua assistência.

Algumas teorias são muito usadas e são mais adequadas para a atuação do enfermeiro na AB, tais como a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta de Aguiar e a teoria do Autocuidado de Oren. Quanto às terminologias que são fundamentais para a construção de diagnósticos e prescrição estão a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Visita domiciliar

A visita domiciliar é a atividade mais importante do processo de trabalho das equipes de SF, destacando o serviço do ACS. Ao entrar na casa de uma família, a equipe não adentra somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. Nessa casa vive uma família, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história (BRASIL, 2009).

Para ser bem feita, a visita domiciliar deve ser planejada. Ao planejar, utiliza-se melhor o tempo e respeita-se, também, o tempo das pessoas visitadas. Para auxiliar no dia a dia do seu trabalho, é importante que o profissional tenha um roteiro de visita domiciliar, o que vai ajudar muito no acompanhamento das famílias da sua área de trabalho. Também é recomendável definir o tempo de duração da visita, devendo ser adaptada à realidade do momento. A pessoa a ser visitada deve ser informada do motivo e da importância da visita (BRASIL, 2009).

Após a realização da visita, faz-se importante verificar se o objetivo dela foi alcançado e se foram dadas e colhidas as informações necessárias. Toda visita deve ser realizada tendo como base o planejamento da equipe, pautado na identificação das necessidades de cada família. Pode ser que seja identificada uma situação de risco e isso demandará a realização de outras visitas com maior frequência (BRASIL, 2009).

Coordenação do cuidado

Trata-se da elaboração, acompanhamento e geração de projetos terapêuticos singulares, bem como o acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para que seja implementada a coordenação do cuidado são necessários a incorporação de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera para consultas especializadas, procedimentos e exames, prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, entre outros (BRASIL, 2012).

Participação do usuário

Direito de todo cidadão, a saúde vem sendo assumida desde a Constituição de 1988 como uma responsabilidade do Estado, regulamentado pela Lei n. 8080 (Lei Orgânica da Saúde) do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Decreto n. 7408 e Lei 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A participação do usuário ou a participação social se dá em diversos níveis, passando do vínculo do usuário à equipe de saúde da família, destacando-se, preponderantemente, a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que conquistou a empatia do usuário e representa o elo entre o poder público e a comunidade, além de ser o ator que facilita o vínculo dos usuários com os demais membros da Equipe de Saúde da Família.

Outra forma de participação social do usuário é através dos Conselhos de Saúde que podem ser Nacional, Estadual, Municipal e Local sendo instâncias coletivas com poder de decisão, ligadas ao Poder Executivo. São compostos por 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços, nos quais se consolidam o controle social e a gestão no processo de construção coletiva do cuidado em saúde no País.

Direitos dos usuários

Os direitos do usuário estão descritos na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que se baseia nos princípios básicos da cidadania e caracteriza-se como uma importante ferramenta para que o cidadão conheça seus direitos e deveres no momento de procurar atendimento à saúde, passando sobremaneira para construção coletiva da saúde.

Faz-se importante ressaltar que é responsabilidade dos profissionais de saúde disponibilizarem a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde aos usuários nas unidades de

saúde, bem como utilizar como ferramenta de trabalho das equipes da ESF a avaliação da satisfação do usuário em relação à acessibilidade geográfica, ao cuidado produzido pela equipe, ao vínculo, ao acolhimento e à resolubilidade.

Atribuições do profissional da ESF

De acordo com a PNAB (BRASIL, 2012) em relação à infraestrutura e funcionamento da AB, as atribuições dos profissionais das equipes devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões, com as seguintes determinações:

Atribuições comuns a todos os profissionais

I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II - Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III - Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

IV- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V- Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI- Participar do acolhimento dos usuários, realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII - Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado, mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

IX - Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade;

X - Realizar reuniões de equipes a fim de discutir, em conjunto, o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XI - Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

XII - Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica;

XIII - Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

XIV - Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe;

XV - Participar das atividades de educação permanente;

XVI - Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

XVII - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais e

XVIII - Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Atribuições do enfermeiro

I – Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II – Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

III – Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV – Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;

V – Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe e

VI – Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Atribuições do auxiliar e do técnico de enfermagem

I – Participar das atividades de atenção, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicados ou necessários, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

II – Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

III – Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe;

IV – Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS e

V – Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

Atribuições do agente comunitário de saúde

I – Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

II – Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

III – Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IV – Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V – Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;

VI – Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII – Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco;

VIII – Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.

Anexo 01 - Classificação geral dos casos de demanda espontânea na Atenção Básica

Situação não aguda
Condutas possíveis:
• Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade.
• Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização).
• Agendamento/programação de intervenções.
• Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.
Situação aguda ou crônica agudizada
Condutas possíveis:
• Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.
• Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertadas inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.
• Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe, levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. 2012.

Referências

ALVES, US – Um Modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família pela Integralidade da Atenção e Reorientação do Modelo Assistencial. In: Inteface, BA, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa Saúde da Família – volume 2 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____ Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. E-SUS. Atenção Básica: sistema com coleta de dados simplificada - CDS: Manual para preenchimento das fichas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____ Ministério da Saúde. Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Brasil. Legislação Federal Copilada. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____ Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. DF, 2011.

CONASS. Coleção Para entender a Gestão do SUS. Brasil, 2011.

FIOCRUZ, Sumula. Conselhos de Saúde a Controle Social, Ed Especial. RJ, 2001.

MARTINS JS, et al. Estratégia Saúde da Família: População Participativa, saúde ativa. In: Revista de Enfermagem Integrada. MG. 2008.

MONKEN M.; BARCELLOS C. Vigilância em Saúde e Território Utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública* 2005, vol.21, n.3, p. 898-906.

NERY, AA, et al. Saúde da Família: Visão do Usuário. In: Revista de Enfermagem, RG, 2011.

NEVES, RTN de A. Mapeamento do Território coberto pela USF Adelmo Alves Terto no município de São José do Belmonte. Recife: [s.n.], 2011. 33 p.

Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS. A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113 p.: il. (NAVEGADORSUS, 2)

PENA RO. Protagonismo do Usuário no SUS e a Promoção da Saúde. DF, 2010.

RONZANI TM, et al. Programa Saúde da Família segundo Profissionais de Saúde, Gestores e Usuários. IN. Revista Ciência e Saúde Coletiva, MG, 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE- SP. Cartilha para Orientação aos Conselheiros da Saúde. SP, 2008.

TEIXEIRA CF; PAIM JS; VILLASBOAS AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Inf Epidemiol SUS, 7:7-28, 1998.

2 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Julia Carneiro Godoi de Sousa[1]
Karina Machado Siqueira[2]
Lana Teixeira Nascimento[3]
Lillian Lúcia Alves[4]
Nilza Alves Marques Almeida[5]
Thaíla Corrêa Castral[6]

Introdução

O presente protocolo foi elaborado para ser um facilitador no momento da assistência prestada à criança, à família e/ou ao cuidador, durante a consulta de enfermagem, o atendimento a grupos educativos e a visita domiciliar.

As ações do enfermeiro registradas neste manual estão respaldadas pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 e Resoluções do Cofen 195/1997, 271/2002, 272/2002.

A atuação do enfermeiro na atenção à saúde da criança visa à proteção, à promoção e à recuperação da saúde da criança, conforme as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS).

O MS, com o objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade na infância (0 a 5 anos), implantou várias ações, dentre as quais se destacam a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável e Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância e a Rede Cegonha. Com isso, o MS propõe um conjunto de ações básicas, a saber:

- Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil (CD - Infantil)
- Realização da Triagem Neonatal (Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, Teste do Olhinho e Teste do Coraçãozinho)
- Estímulo e apoio ao aleitamento materno e orientação para alimentação saudável
- Diagnóstico e tratamento das doenças prevalentes na infância
- Imunização

Sabe-se que a saúde da criança, nos primeiros anos de vida, tem relação direta

[1]Enfermeira, mestre, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
[2]Enfermeira doutora, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás
[3]Enfermeira, Secretária Municipal de Saúde de Goiânia
[4]Enfermeira, mestre. Secretária Municipal de Saúde de Goiânia
[5]Enfermeira doutora, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás
[6]Enfermeira doutora, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás

com o planejamento familiar, a adequada assistência ao pré-natal, parto e puerpério, assim como as medidas de promoção, de proteção e de recuperação à saúde.

A finalidade deste documento é apoiar a organização da assistência à população infantil de 0 a 10 anos e possibilitar que o profissional enfermeiro atuante na Atenção Básica identifique as ações prioritárias para a saúde da criança. No entanto, cabe a esse profissional adequar as informações contidas neste protocolo para o contexto de atuação, procurando atender às reais necessidades de cada região.

Consulta de enfermagem à criança de 0 a 10 anos

A consulta de enfermagem consiste na avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento infantil (CD Infantil), estado nutricional, situação vacinal, social e psíquico da criança, terapêutica ou encaminhamento adequado. A Resolução do Cofen 159/1993 e Resolução 358/2009 tornam obrigatória a consulta de enfermagem com a Sistematização da Assistência em todos os níveis de assistência à saúde, sendo essa executada privativamente pelo enfermeiro (Decreto 94.406/87).

O acompanhamento do CD da criança de 0 a 10 anos deverá ser realizado em consultas intercaladas entre o profissional enfermeiro e o médico, visitas domiciliares e grupos educativos. Para as crianças sem fator de risco, deve-se seguir o calendário preconizado pelo Ministério da Saúde (Quadro 1).

Quadro 1. Calendário básico de consultas para a assistência à criança de 0 a 10 anos

Calendário de consultas	Agendamento
Consultas no primeiro ano de vida	Primeira consulta com 10 dias e as demais no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º mês
Consultas no segundo ano de vida	15º, 18º e 24º mês
Consultas no terceiro ao décimo ano de vida	uma consulta ao ano

Fonte: Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. BRASIL, 2002, p. 28 (adaptado).

Condições da população infantil podem configurar situações de risco para saúde da criança e impor acompanhamento mais rigoroso e encaminhamento para o pediatra e/ou especialista. Essas situações de risco estão apresentadas em dois grupos (Quadros 2 e 3), conforme o grau de complexidade requerido para a sua abordagem (MINAS GERAIS/SES, 2005).

Quadro 2. Situações de risco para a saúde da criança acompanhada pela equipe de atenção básica de saúde com indicação de avaliação periódica e encaminhamento (grupo1)

Mãe com baixa escolaridade
Mãe adolescente
Mãe deficiente mental
Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis, com criança negativa para essas doenças
Morte materna
História de óbito de menores de 1 ano na família
Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis
Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas e ilícitas
Criança nascida de parto domiciliar não assistido
Recém-nascido retido na maternidade
Desmame antes do 6º mês de vida
Desnutrição
Internação prévia
Criança não vacinada ou com vacinação atrasada

Fonte: Atenção à Saúde da Criança. MINAS GERAIS/SES, 2005, p 26-27 (adaptado).

Quadro 3. Situações de risco para a saúde da criança com necessidade de acompanhamento pelo pediatra e/ou especialista juntamente com a equipe de atenção básica de saúde (grupo 2)

Baixo peso ao nascer (abaixo de 2.500g)
Prematuridade (menor de 37 semanas)
Desnutrição grave
Triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme/ fibrose cística
Doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, AIDS)
Sem diagnóstico negativo ou ainda não concluído para toxoplasmose, sífilis e AIDS
Intercorrências importantes no período neonatal, notificadas na alta hospitalar
Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados
Evolução desfavorável de qualquer doença

Fonte: Atenção à Saúde da Criança. MINAS GERAIS/SES, 2005, p 26 e 27 (adaptado).

Para as crianças com o fator de risco prematuridade, preconiza-se um calendário especial de seguimento ambulatorial (quadro 4).

Quadro 4. Calendário de seguimento ambulatorial de 0 a 10 anos para crianças com o fator de risco prematuridade

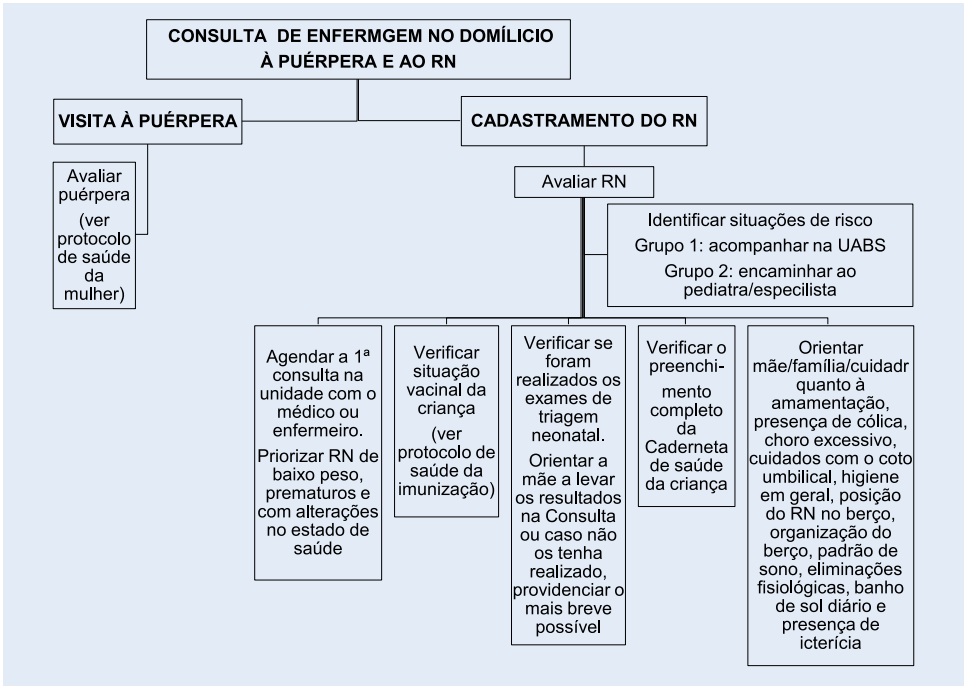
Calendário de consultas	Agendamento
Primeira consulta	7 a 10 dias
Revisões mensais	até 6 meses
Revisões bimestrais ou trimestrais	6 meses aos 12 meses
Revisões trimestrais	13-24 meses
Revisões semestrais 2 a 4 anos	2 a 4 anos de idade cronológica
Revisões anuais	4 anos até a puberdade

Fonte: Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco. SBP, 2012, p.6 (adaptado).

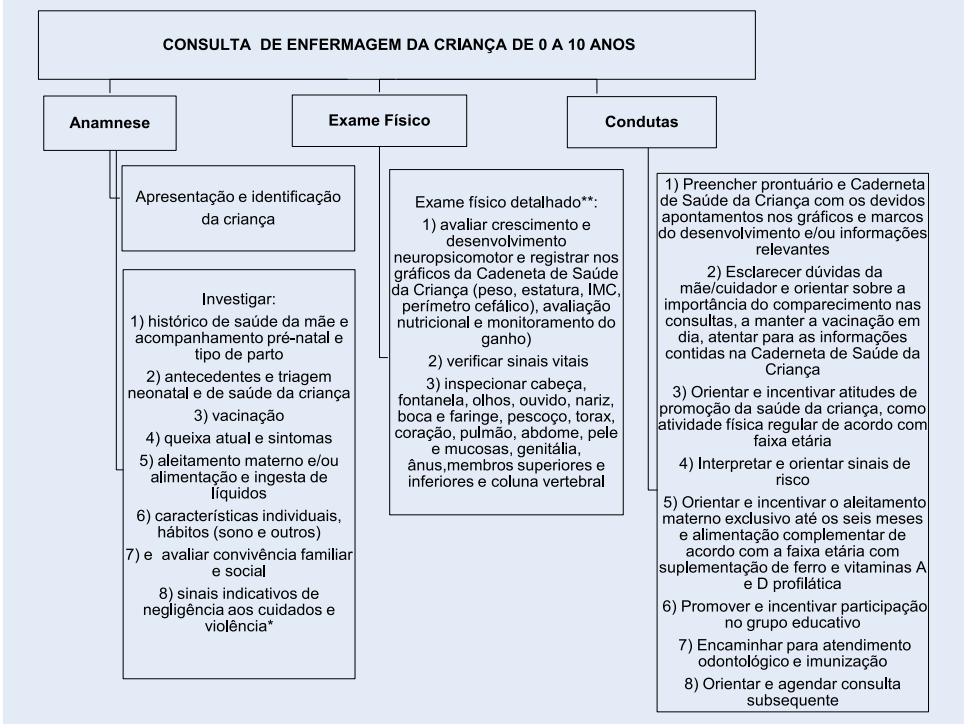
Objetivos da consulta de enfermagem

- Acompanhar o Crescimento e Desenvolvimento (CD) de criança de 0 a 10 anos;
- Identificar situações de risco para a saúde da criança e encaminhar os casos que necessitem de acompanhamento pelo pediatra e/ou especialista, juntamente com a equipe de atenção básica de saúde;
- Estimular o Aleitamento Materno e os Dez Passos da Alimentação Saudável;
- Prestar assistência de enfermagem às queixas comuns na infância;
- Estimular a formação de grupos educativos de puericultura;
- Reduzir a morbidade e mortalidade nessa faixa etária;
- Contemplar os direitos da criança (Estatuto da criança);
- Identificar, denunciar e encaminhar às instituições competentes os casos de acidentes e violência doméstica contra a criança.

Consulta de enfermagem no domicílio à puérpera e ao recém-nascido


CONSULTA DE ENFERMGEM NO DOMÍLICIO À PUÉRPERA E AO RN
VISITA À PUÉRPERA
CADASTRAMENTO DO RN
Avaliar puérpera (ver protocolo de saúde da mulher)
Avaliar RN
Identificar situações de risco
Grupo 1: acompanhar na UABS
Grupo 2: encaminhar ao pediatra/especilista
Agendar a 1ª consulta na unidade com o médico ou enfermeiro.
Priorizar RN de baixo peso, prematuros e com alterações no estado de saúde
Verificar situação vacinal da criança (ver protocolo de saúde da imunização)
Verificar se foram realizados os exames de triagem neonatal.
Orientar a mãe a levar os resultados na Consulta ou caso não os tenha realizado, providenciar o mais breve possível
Verificar o preenchimento completo da Caderneta de saúde da criança
Orientar mãe/família/cuidadr quanto à amamentação, presença de cólica, choro excessivo, cuidados com o coto umbilical, higiene em geral, posição do RN no berço, organização do berço, padrão de sono, eliminações fisiológicas, banho de sol diário e presença de icterícia

Consulta de enfermagem ambulatorial da criança de 0 a 10 anos


CONSULTA DE ENFERMAGEM DA CRIANÇA DE 0 A 10 ANOS
Anamnese
Exame Físico
Condutas
Apresentação e identificação da criança
Investigar:
1) histórico de saúde da mãe e acompanhamento pré-natal e tipo de parto
2) antecedentes e triagem neonatal e de saúde da criança
3) vacinação
4) queixa atual e sintomas
5) aleitamento materno e/ou alimentação e ingesta de líquidos
6) características individuais, hábitos (sono e outros)
7) e avaliar convivência familiar e social
8) sinais indicativos de negligência aos cuidados e violência*
Exame físico detalhado**:
1) avaliar crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor e registrar nos gráficos da Cadeneta de Saúde da Criança (peso, estatura, IMC, perímetro cefálico), avaliação nutricional e monitoramento do ganho)
2) verificar sinais vitais
3) inspecionar cabeça, fontanela, olhos, ouvido, nariz, boca e faringe, pescoço, torax, coração, pulmão, abdome, pele e mucosas, genitália, ânus,membros superiores e inferiores e coluna vertebral
1) Preencher prontuário e Caderneta de Saúde da Criança com os devidos apontamentos nos gráficos e marcos do desenvolvimento e/ou informações relevantes
2) Esclarecer dúvidas da mãe/cuidador e orientar sobre a importância do comparecimento nas consultas, a manter a vacinação em dia, atentar para as informações contidas na Caderneta de Saúde da Criança
3) Orientar e incentivar atitudes de promoção da saúde da criança, como atividade física regular de acordo com faixa etária
4) Interpretar e orientar sinais de risco
5) Orientar e incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e alimentação complementar de acordo com a faixa etária com suplementação de ferro e vitaminas A e D profilática
6) Promover e incentivar participação no grupo educativo
7) Encaminhar para atendimento odontológico e imunização
8) Orientar e agendar consulta subsequente

Observações

*Sinais indicativos de negligência aos cuidados relacionados à higienização, alimentação e estado de saúde e de violência como equimoses, hematomas, pequenos traumas e comportamento de hipoatividade ou abatimento da criança. Em caso de evidências desses sinais, encaminhar a criança para o conselho tutelar local.

**Alterações de pele: Eritema tóxico – pequenas lesões eritematopopulosos disseminadas; Mancha mongólica – mancha arroxeada localizada na região dorso glúteo, relacionada à miscigenação de raça; Nerus materno – manchas avermelhadas disseminadas, não salientes, na fronte, pálpebras, lábios e nuca; Milium sebáceo – glândulas sebáceas aumentadas (queixo, bochecha, nariz) que desaparecem nos dois primeiros meses de vida; Descamação fisiológica nas mãos e pés; Marca do bico da cegonha – cor rósea localiza-se na região frontal e nuca, desaparece até o primeiro ano de vida; Marca vinho do porto – coloração vermelho-púrpura varia o tamanho e dificilmente desaparece; Hemangioma – afeta o tecido subcutâneo, são vênulos interligados dando cor azulada à pele que a recobre e raramente desaparece.

Exame físico

- **Sinais vitais**: temperatura (região axilar no mínimo 3 minutos), respiração (observar tórax e frequência respiratória), pulso (radial ou carotídeo com frequência e amplitude) e pressão arterial (caso necessário).
- **Cabeça:** formato e simetria do crânio e face, integridade do couro cabeludo,suturas (disjuntas simétricas ou assimétricas, justapostas, cavalgadas), traumatismos reversíveis (amoldamento craniano, bossa serossanguinolenta, cefalohematoma, pega de fórceps, máscara cianótica, craniotable), medir perímetro cefálico.
- **Fontanelas**: anterior (bregmática) 4 a 6 cm ao nascer, fechamento entre 18 e 24 meses; posterior (lâmbdia) mede de 1 a 2cm, fecha por volta de 2 meses. Avaliar tamanho, tensão e se estão abauladas, deprimidas ou planas.
- **Olhos:** aspecto e simetria dos olhos, presença de visão pela observação de reflexos visuais, constricção visual direta e consensual à luz, presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, fotofobia, anisocória, exoftalmia, microftalmia, cor da esclerótica, estrabismo.
- **Ouvidos**: forma, alterações, implantação das orelhas. Acuidade auditiva através do pestanejamento dos olhos, susto ou direcionamento da cabeça em resposta ao estímulo sonoro. Em crianças maiores sussurrar a uma distância de aproximadamente 3 metros.
- **Nariz:** inspeção e palpação, pesquisar desvio de septo nasal e presença e aspecto de secreção, presença de batimento de asas nasais.
- **Boca e faringe:** inspeção dos dentes e gengivas, face interna das bochechas, língua e palatina, presença de hiperemia, integridade da mucosa e palato (fenda palatina ou

labial) e outras alterações.

- **Pescoço:** inspeção e palpação de gânglios (tamanho, mobilidade, dor), rigidez de nuca.
- **Tórax:** forma, simetria, deformidades, sinais de raquitismo e mamilos (número, simetria, ingurgitamento, secreção, tecido areolar, integridade, nódulos), medir perímetro torácico.
- **Pulmão:** percussão e ausculta, presença de tiragem, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios, tipo e ritmo respiratório.
- **Coração:** ausculta de frequência, intensidade, ritmo e qualidade do batimento; presença de cianose e edema.
- **Abdômen:** presença de hiperemia e secreção no coto umbilical (mumificação completa entre o 7º e o 10º dia de vida), alterações globais de forma, volume e abaulamento, presença de hérnias umbilicais, inguinais e ventrais. Observar sinais de alteração na região do fígado e rins (percutir, auscultar e realizar palpação superficial e profunda), observar presença de dor e rigidez.
- **Pele e mucosas:** elasticidade, coloração, lesões e hidratação. A pele do RN, normalmente está lisa, macia, rósea e opaca. A presença de cor amarelada significa icterícia, é visível após as primeiras 24 horas de vida.
- **Genitália: 1) Meninos –** integridade da pele e mucosa, edema, secreção e esmegma, comprimento do pênis, orifício uretral (hipospádia, epispádia), verificar presença de fimose, testículos na bolsa escrotal (ectópicos) ou criptorquidia (condição médica na qual não houve uma descida correta do testículo da cavidade abdominal para o escroto), observar presença de Bálano (inflamação do prepúcio e glande ocorre devido ao estreitamento do prepúcio, fimose ou contaminação por urina, fezes e sujeiras), presença de hérnias e hidrocele; 2) **Meninas** - integridade da pele e mucosa, presença dos grandes e pequenos lábios, hímen, edema, secreção vaginal (pode ocorrer presença de secreção mucoide ou sanguinolenta nos primeiros dias de vida), existência de fístulas.
- **Ânus –** pérvio ou presença de fístula ou fissuras.
- **Membros superiores e inferiores** - tamanho, simetria, amplitude dos movimentos, deformidades ou malformações (pés tortos, sindactilia, polidactilia, paresias, paralisias, luxações congênitas de quadril - Manobra de Ortoloni), fraturas, presença de massas, linha palmar e plantar, presença de acesso venoso e arterial (local, tipo de cateter, sinais de infecção ou extravasamento).
- **Coluna vertebral:** rigidez, postura, mobilidade e curvatura, espinha bífida, tufos de pelos e hipersensibilidade.

Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil

O crescimento e o desenvolvimento (CD) são eixos de referência para todas as ati-

vidades de atenção à criança e ao adolescente idealizadas e desenvolvidas pelo serviço de saúde pública, sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social.

As medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde nos primeiros anos de vida são condições cruciais para que o crescimento e o desenvolvimento infantis se processem de forma adequada.

Crescimento é o aumento do tamanho corporal, sendo um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, considerando-se os fenômenos de substituição e regeneração de tecidos e órgãos. Cessa com o término do aumento em altura (crescimento linear) e é um dos melhores indicadores de saúde da criança, pois reflete as condições em que ela vive.

Desenvolvimento é o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas, indo além de uma determinação biológica e, por isso, necessita de uma abordagem multidisciplinar. Cada criança tem um curso único de desenvolvimento.

Alguns fatores podem interferir no CD da criança, sendo estes considerados intrínsecos (ex.: potencial genético ao nascimento) e extrínsecos (ex.: hábitos alimentares; uso de drogas; saneamento básico; ambiente estimulador; educação; saúde e lazer), que impedem ou melhoraram o alcance da programação genética para crescimento e desenvolvimento.

É importante salientar que qualquer contato com crianças em serviços de saúde, mesmo que em uma situação eventual, caracteriza-se como oportunidade para avaliar e registrar seu crescimento e desenvolvimento.

Um dos instrumentos de registro do CD da criança é a **Caderneta de Saúde da Criança**, na qual o profissional de saúde deverá anotar todas as informações mais importantes sobre a história da saúde e desenvolvimento da criança até os 9 anos de idade. A partir dos 10 anos, a caderneta a ser utilizada é a Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2013).

O crescimento da criança pode ser acompanhado pelos gráficos de peso, altura e índice de massa corporal (IMC) e o desenvolvimento pela ficha de marcos do desenvolvimento infantil da Caderneta de Saúde da Criança.

Para a avaliação do crescimento, utilizam-se os indicadores demográficos sexo e idade (data de nascimento em meses) e os indicadores antropométricos peso e massa corporal em quilogramas (kg), estatura e perímetro cefálico em centímetros (cm).

A combinação entre os indicadores antropométricos e demográficos determina o índice a ser registrado nos gráficos da Caderneta de Saúde da Criança como peso x idade, índice de massa corporal (IMC) x idade, comprimento x idade, perímetro cefálico x idade (Quadro 5) (BRASIL, 2005; 2013). Esses índices são expressos em percentis ou

escores Z, nos gráficos da Caderneta de Saúde da Criança.

Quadro 5.Índices de avaliação do estado nutricional de crianças de 0 a 9 anos a partir da combinação entre indicadores antropométricos e demográficos

Índices	Objetivo
Peso (ou IMC) x idade	Avaliar o estado nutricional; caracterizar o baixo peso e detectar precocemente desnutrição aguda e sobrepeso
Comprimento x idade	Detectar precocemente déficits de estatura, sendo a causa mais provável a associação entre dieta deficiente e ocorrência de infecções pregressas
Perímetro cefálico x idade	Avaliar o crescimento da cabeça/cérebro

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança. BRASIL, 2013 (adaptado).

No quadro 6, apresentam-se a evolução do ganho de peso, estatura e perímetro cefálico do 1º ao 2º ano de vida.

Quadro 6. Evolução do ganho de peso, estatura e perímetro cefálico - 1º ao 2º ano de vida

Mês ou ano	**Peso** (1º ano de vida)
1º trimestre	20 a 30 g/dia
2º trimestre	15 a 20 g/dia
3º trimestre	10 a 14 g/dia
Mês ou ano	**Estatura**
1º semestre	15 cm
2º semestre	10 cm
1 ano	25 cm
2 anos *	10 a 12 cm
3 a 4 anos	7 cm
Até o início da puberdade	5 a 6 cm
Mês ou ano	**Perímetro Cefálico**
1º e 2º mês	2 cm/mês
3º e 4º mês	1,5 cm/mês
5º ao 12º mês	0,5 cm/mês
2º ano	0,3 cm/mês

*(50% da estatura a ser atingida na fase adulta)

Evolução do peso

Registrar a aferição de peso e estatura na Caderneta de Saúde da Criança, para garantir a avaliação e o diagnóstico nutricional, através da curva de percentil ou escore Z. O recém-nascido, geralmente, perde 10% do peso de nascimento até o 10º dia de vida, depois ganha de 20 a 30 g/dia durante os 3 primeiros meses de vida e triplica o peso de nascimento até o 12º mês de vida. Considera-se a marcação de vários pontos na curva (pelo menos três) e avaliam-se o traçado ascendente como satisfatório, o horizontal como sinal de alerta e o descendente como sinal de perigo.

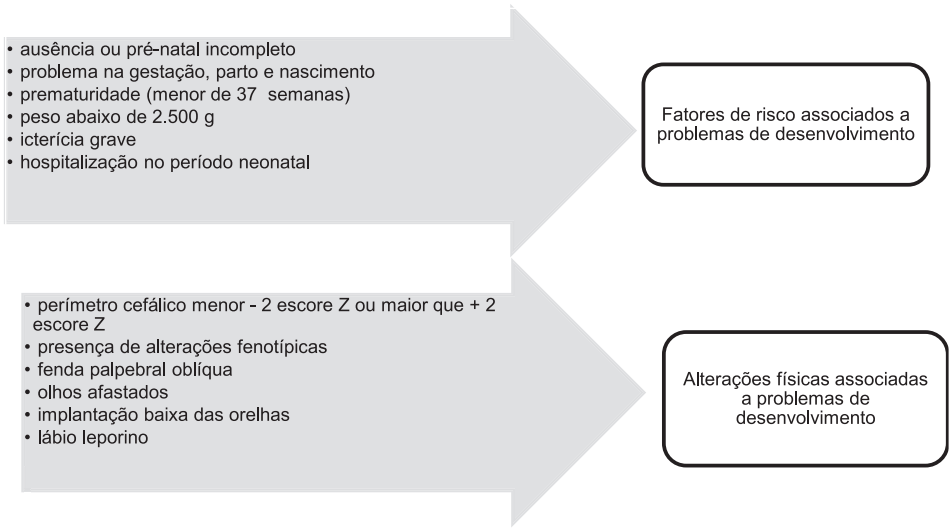
Avaliação do desenvolvimento

A avaliação do desenvolvimento compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas no desenvolvimento. É um processo contínuo, flexível, envolvendo informações dos profissionais de saúde, pais, professores e outros.

Cada criança possui o seu ritmo de amadurecimento do sistema nervoso central, mas há algumas características consideradas marcos que são mais frequentes e esperados para uma determinada idade. Além disso, cada criança ocupa um lugar social no contexto familiar e seu desenvolvimento depende da maneira como ela é tratada pelos seus pais e familiares.

Assim, durante as consultas, é importante perguntar para a mãe/cuidador sobre fatores associados ao desenvolvimento da criança (Figura 1), observar alguns detalhes no seu exame físico e finalizar com a observação da criança na realização de comportamentos esperados para a sua faixa etária.

Figura 1. Fatores associados ao desenvolvimento da criança

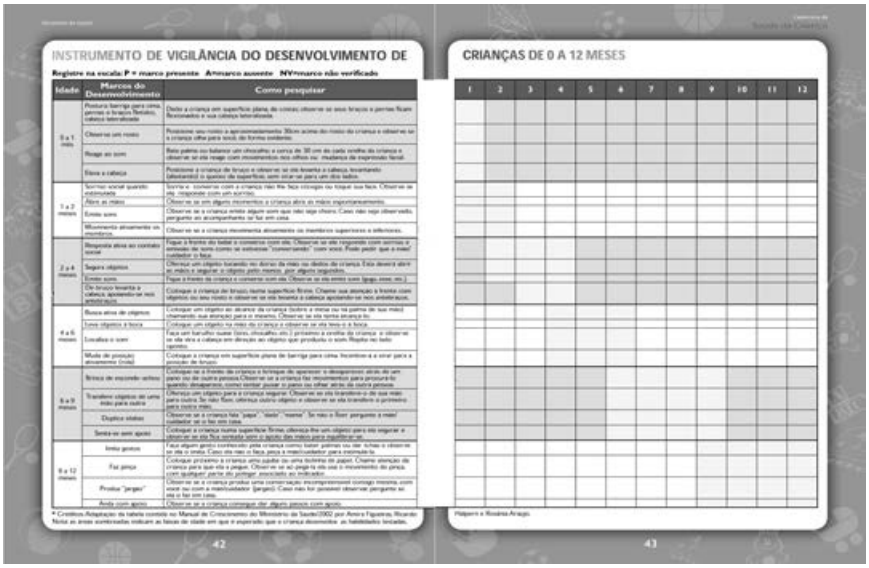

• ausência ou pré-natal incompleto
• problema na gestação, parto e nascimento
• prematuridade (menor de 37 semanas)
• peso abaixo de 2.500 g
• icterícia grave
• hospitalização no período neonatal
Fatores de risco associados a problemas de desenvolvimento
• perímetro cefálico menor - 2 escore Z ou maior que + 2 escore Z
• presença de alterações fenotípicas
• fenda palpebral oblíqua
• olhos afastados
• implantação baixa das orelhas
• lábio leporino
Alterações físicas associadas a problemas de desenvolvimento

É preciso que o profissional busque informações, durante uma consulta de rotina em consultório de CD, sobre questões relacionadas à higiene da criança e família, condições sociais, alimentação, educação, estabelecimento de vínculo afetivo entre mãe/cuidador-criança, além do papel do pai ou figura masculina nas relações afetivas, também, precisam ser observadas de perto, pois influenciam diretamente no crescimento e no desenvolvimento da criança.

Os instrumentos de vigilância do desenvolvimento de crianças de 0 a 12 meses (Figura 2) e 12 meses a 3 anos (Figura 3) da Caderneta da Criança apresentam instruções de como cada marco deverá ser avaliado pelo profissional de saúde, sendo algumas atividades estimuladas para serem feitas com a ajuda da mãe/cuidador.

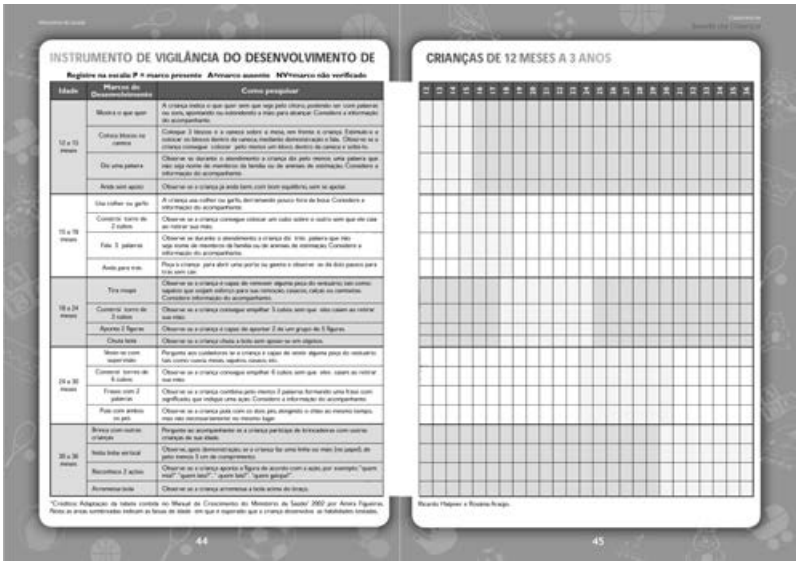
A área rachurada de amarelo significa o período no qual é adequado o marco correspondente ser encontrado, na avaliação da criança. Sendo assim, o profissional deverá marcar com a letra P (marco presente), A (marco ausente) ou NV (marco não verificado) em cada marco, de acordo com a faixa etária da criança. Podem ser necessários alguns objetos ou brinquedos na avaliação dos marcos do desenvolvimento e, portanto, a criança precisa se sentir à vontade, confortável e em ambiente tranquilo.

Figura 2. Instrumento de vigilância do desenvolvimento de crianças de 0 a 12 meses



Fonte: Caderneta de Saúde da Criança, 2009.

Figura 3. Instrumento de vigilância do desenvolvimento de crianças de 12 meses a 3 anos



Fonte: Caderneta de Saúde da Criança, 2009.

Após avaliação dos marcos no desenvolvimento infantil, o profissional deverá classificar e tomar as condutas adequadas (Quadro 7).

Quadro 7. Avaliação dos marcos no desenvolvimento infantil

Avaliar	Classificar	Tratar
Perímetro cefálico< - 2 escores Z ou > +2 escores Z ou presença de 3 ou mais alterações fenotípicas ou ausência de dois ou mais marcos para a faixa etária anterior	Provável atraso no desenvolvimento	Referir para avaliação neuropsicomotora
Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária	Alerta para o desenvolvimento	Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança Marcar retorno em 30 dias
Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes, mas existem um ou mais fatores de risco	Desenvolvimento normal com fatores de risco	Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta

Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes	Desenvolvimento normal	Elogiar a mãe/cuidador Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança Retornar para o acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta

Fonte: Ministério da Saúde, 2009.

O preenchimento adequado da Caderneta da Criança assim como as anotações pertinentes no prontuário da criança são indispensáveis para o adequado acompanhamento do crescimento e desenvolvimento pelo enfermeiro, principalmente, se a criança for encaminhada a um serviço especializado, caso seja necessário.

Dentição

A boca da criança deve ser limpa desde o nascimento, após cada mamada e/ou refeição com a ponta de uma fralda de pano ou outro tecido macio, umedecido em água filtrada. Algumas crianças já nascem com dentes, outros poderão não tê-los até um ano de idade. Não há consenso sobre o fato de a erupção estar relacionada com picos febris ou diarreia.

- **Profilaxia medicamentosa**

Suplementação de ferro

A anemia por deficiência de ferro é o problema nutricional de maior magnitude no Brasil, com uma prevalência de aproximadamente 50% nas crianças brasileiras. A Portaria nº 730, de 13 de maio de 2005, do Ministério da Saúde, instituiu o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, destinado a prevenir a anemia ferropriva em crianças de 6 a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto.

Quadro 8. Dose profilática de ferro elementar para prevenção de anemia ferropriva em crianças de 6 a 18 meses de idade

<table>
<tr><th>Recém-nascido</th><th>Indicação</th><th>Dose profilática de ferro elementar</th><th>Apresentação</th></tr>
<tr><td rowspan="2">a termo</td><td>A partir dos 6 meses de idade (quando em AME)</td><td rowspan="2">1mg/kg/dia até 2 anos de idade*
ou
25mg por semana até 18 meses**</td><td rowspan="4">Solução oral 25mg/ml (1 gota=1mg de ferro)</td></tr>
<tr><td>A partir dos 4 meses de idade (quando NÃO em AME)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">pré-termo (<37 semanas) ou de baixo peso (< 2500g)

Solicitar hemograma aos 15 meses</td><td>> 1500g</td><td>2mg/kg/dia durante 12 meses, a partir de 30 dias de vida, e 1 mg/kg/dia até completar 24 meses</td></tr>
<tr><td>1500-100g</td><td>3 mg/kg/dia durante 12 meses a partir de 30 dias de vida, e 1 mg/kg/dia até completar 24 meses</td></tr>
<tr><td>< 1000 g</td><td>4 mg/kg/dia durante 12 meses, a partir de 30 dias de vida, e 1 mg/kg/dia até completar 24 meses</td></tr>
</table>

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

*Recomendação do Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (2006).

**Recomendação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro do Ministério da Saúde (2005).

Orientações para a mãe/família

Administrar o suplemento no mesmo horário, entre as refeições (mínimo de 30 minutos antes da alimentação), de preferência com suco de fruta (ex.: laranja, caju, acerola) quando não em AME.

Ocorrência de possíveis efeitos adversos (ex.: fezes escurecidas, diarreia).

Suplementação de Vitamina A

No Brasil, a deficiência de vitamina A é considerada um problema de saúde pública, sobretudo na região Nordeste e em alguns locais da região Sudeste e Norte. A suplementação com vitamina A, em crianças de 6 a 59 meses de idade (4 anos e 11 meses), reduz em 24% o risco global de morte, em 28% da mortalidade por diarreia e mortalidade por todas as causas, e, em 45%, em crianças HIV positivo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda administração de suplementos de vitamina A para prevenir a sua carência, a xeroftalmia e a cegueira de origem nutricional em crianças de 6 a 59 meses (4 anos e 11 meses).

Medidas importantes de prevenção da deficiência de vitamina A

✓ Promoção do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e complementar até 2 anos de idade (pelo menos) com a introdução dos alimentos complementares em tempo oportuno e de qualidade.

✓ Promoção da alimentação adequada e saudável, assegurando informações para incentivar o consumo de alimentos que sejam fontes em vitamina A pela população.

✓ Suplementação periódica e regular das crianças de 6 a 59 meses de idade, com megadoses de vitamina A.

✓ Suplementação com megadoses de vitamina A para puérperas no pós-parto imediato, antes da alta hospitalar.

Alimentos ricos em vitamina A

Animais	Vegetais	Frutas e oleaginosas
Leite humano	Espinafre	Manga
Leite integral	Beldroega	Mamão
Óleos de peixe	Couve	Buriti
Gema	Caruru	Pupunha
Carnes (fígado)	Abóbora	Dendê
	Cenoura	Pequi

O **Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A** consiste na suplementação medicamentosa para crianças de 6 a 59 meses de idade (4 anos e 11 meses) por não atingirem, pela alimentação, a quantidade diária necessária para prevenir a deficiência dessa vitamina no organismo.

Quadro 9. Suplementação de vitamina A para crianças de 6 a 59 meses de idade

Idade	Dose	Frequência
Crianças: 6 – 11 meses	100.000 UI	Uma dose
Crianças: 12 – 59 meses	200.000 UI	Uma vez a cada 6 meses

Fonte: Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (Brasil, 2012).

Os suplementos de vitamina A devem ser oferecidos à criança de 6 em 6 meses, com intervalo mínimo de 4 meses entre a administração de duas megadoses. A administração é feita via oral. Não há contraindicações para a administração de suplementos de vitamina A para crianças. Geralmente, não há efeitos colaterais, mas é possível que a criança coma menos durante um dia, vomite ou sinta dor de cabeça. Avise à mãe que esses sintomas estão previstos, são temporários e não necessitam de tratamento específico.

Na Caderneta de Saúde da Criança, existe espaço para registro das doses administradas, data e retorno da criança. É muito importante orientar a mãe ou responsável pela criança a voltar à unidade de saúde sempre que for marcado o retorno de vacina ou de administração de vitamina A.

Suplementação de Vitamina D

O raquitismo, atribuído à baixa ingestão de alimentos ricos em vitamina D e à restrição à exposição solar, é uma condição prevenível. Estima-se que a quantidade de luz solar necessária para prevenir a deficiência de vitamina D seja de 0,5 a 2 horas por semana (17min/dia), com exposição apenas da face e das mãos do bebê (SPECKER et al., 1985). Se o bebê estiver usando apenas fraldas, a exposição deve ser de 30min/semana (4min/dia). É importante lembrar que crianças com pele escura podem requerer de 3 a 6 vezes mais exposição do que a indicada para bebês de pele clara para produzir a mesma quantidade de vitamina D

A Academia Americana de Pediatria recomenda evitar a exposição solar direta dos bebês até 6 meses, pelo risco cumulativo de câncer de pele.

Recomendação
Administrar de 200 a 400UI/dia de vitamina D a crianças que apresentam os seguintes fatores de risco: prematuridade, pele escura, exposição inadequada à luz solar (por hábitos culturais ou porque se use filtro solar em todos os passeios ao ar livre) e filhos de mães vegetarianas estritas que estejam sendo amamentados.

Suplementação para o bebê prematuro

O bebê prematuro possui necessidades nutricionais aumentadas em relação ao recém-nascido a termo. Tanto o leite humano, quanto as fórmulas infantis de início não suprem integralmente as necessidades nutricionais teóricas das crianças prematuras no 1º ano de vida, podendo haver carências nutricionais diversas e indesejáveis.

Como o depósito das vitaminas lipossolúveis ocorre nos tecidos fetais no 3º trimestre da gestação, semelhante a outros nutrientes, as necessidades de vitaminas dos prematuros são maiores do que as de nascidos a termo, devido a seu ritmo de crescimento e carência de depósitos. A suplementação de vitaminas por via oral, a partir da 1ª semana de introdução da dieta enteral e durante todo o 1º ano de vida, geralmente supre as necessidades nutricionais diárias das vitaminas hidrossolúveis.

Polivitamínico (solução oral) contendo vitaminas A, C e D: 12 gotas VO 1x/dia; ou Vitamina A + D, 4 gotas VO 1x/dia, mais vitamina C, 3 gotas VO 1x/dia (a oferta de vitamina D deve ser de 400 UI/dia).

Sulfato de zinco (10 mg/ml): 0,5-1 mg/kg/dia VO desde 36 semanas até 6 meses de idade corrigida.

Alimentação saudável

Recomendações para crianças menores de 2 anos

A prática do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança deve ser recomendada por todos os profissionais de saúde como importante estratégia para a promoção da saúde da população infantil. Além disso, o Ministério da Saúde recomenda a adequação das práticas da alimentação complementar ao leite materno, também a partir dessa idade (BRASIL, 2010).

Em 2010, o Ministério da Saúde (MS) iniciou a implantação da Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) que divulgou uma versão atualizada dos "Dez passos para uma alimentação saudável".

Em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o MS recomenda a operacionalização dos "Dez passos da Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos", sintetizados no Quadro 10.

Quadro 10. Dez passos da alimentação saudável para crianças menores de dois anos

Passo 1 - Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.
Passo 2 - Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.
Passo 3 - Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.
Passo 4 - A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.
Passo 5 - A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.
Passo 6 - Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.
Passo 7 - Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
Passo 8 - Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.
Passo 9 - Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.
Passo 10 - Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Fonte: BRASIL, 2010. Adaptado.

De forma resumida, o Quadro 11 apresenta o esquema alimentar recomendado pelo MS para os dois primeiros anos de vida de crianças que amamentam. Esse esquema mostra que o aleitamento materno deve ser continuado, porém, a partir dos seis meses de vida, devem ser introduzidos novos alimentos.

Importante ressaltar que a introdução deve ser gradual, respeitando as particularidades de cada criança. Desde as primeiras refeições não é recomendado processar os alimentos no liquidificador ou passá-los na peneira.

Quadro 11. Esquema alimentar para os dois primeiros anos de vida de crianças que recebem leite materno

Do nascimento até completar 6 meses	Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses
Aleitamento materno exclusivo sob livre demanda	Leite materno sob livre demanda	Leite materno sob livre demanda	Leite materno sob livre demanda
	Papa de fruta	Papa de fruta	Papa de fruta
	Papa salgada	Papa salgada	Refeição básica da família
	Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta, pão simples, tubérculo ou cereal
	Leite materno	Papa salgada	Refeição básica da família

Fonte: BRASIL, 2010. Adaptado.

Os alimentos complementares, especialmente preparados para a criança, são chamados de alimentos de transição. A partir dos 8 meses, alguns alimentos que fazem parte da refeição básica da família já podem ser oferecidos à criança (arroz, feijão, carne cozida, legumes). Importante estarem amassados ou desfiados e que não tenham sido preparados com excesso de temperos ou condimentos (BRASIL, 2012).

Com a introdução dos alimentos complementares é importante que a criança receba água nos intervalos. Para garantir o aporte de nutrientes, a papa salgada deve conter um alimento de cada grupo, desde a primeira oferta. Ressalta-se a importância da carne para prevenir a anemia. Os grupos de alimentos são apresentados no Quadro 12.

Quadro 12. Grupos de alimentos a serem utilizados no preparo das papas salgadas

Grupo de Alimentos	Exemplos
Cereais, tubérculos	arroz, aipim/mandioca/macaxeira, batata-doce, macarrão, batata, cará, farinhas, batata-baroa e inhame
Leguminosas	feijões, lentilha, ervilha seca, soja e grão-de-bico
Legumes, verduras e Frutas	folhas verdes, laranja, abóbora/jerimum, banana, beterraba, abacate, quiabo, mamão, cenoura, melancia, tomate e manga
Carnes ou ovo	frango, peixe, pato, boi, ovo, miúdos e vísceras

Fonte: BRASIL, 2010. Adaptado.

Os familiares da criança que está iniciando a alimentação complementar deverão ser informados pelo profissional de saúde que é normal a criança recusar determinados alimentos e, por isso, deverão ser oferecidos novamente em outras refeições. Lembrar que são necessárias, em média, oito a dez exposições a um novo alimento para que ele seja aceito pela criança. O Quadro 13 resume a quantidade e consistência dos alimentos recomendadas nos dois primeiros anos de vida.

Quadro 13. Consistência e quantidade de alimentos recomendadas para crianças nos dois primeiros anos de vida, segundo a faixa etária.

Idade	Consistência	Quantidade
A partir de 6 meses	Alimentos bem amassados	Iniciar com 2 a 3 colheres de sopa e aumentar a quantidade conforme aceitação
A partir dos 7 meses	Alimentos bem amassados	2/3 de uma xícara ou tigela de 250 ml
9 a 11 meses	Alimentos bem cortados ou levemente amassados	3/4 de uma xícara ou tigela de 250 ml
12 a 24 meses	Alimentos bem cortados ou levemente amassados	Uma xícara ou tigela de 250 ml

Fonte: BRASIL, 2010. Adaptado.

Recomendações gerais às famílias de crianças pequenas, com dificuldades de adaptação ou recusa na introdução de outros alimentos (BRASIL, 2010)

✓ Separar a refeição em um prato individual para ter certeza do quanto a criança está realmente ingerindo.

✓ Estar presente junto às refeições mesmo que a criança já coma sozinha e ajudá-la se necessário.

✓ Não apressar a criança. Ela pode comer um pouco, brincar e comer novamente. É necessário ter paciência e bom humor.

✓ Alimentar a criança tão logo ela demonstre fome. Se a criança esperar muito, ela pode perder o apetite.

✓ Evitar forçar a criança a comer para não aumentar estresse e diminuir mais o apetite. Fazer das refeições momentos tranquilos e felizes.

Recomendações para as crianças que não recebem leite materno

A proteção à amamentação e a orientação apropriada sobre alimentação devem estar entre as prioridades de ação dos profissionais de saúde que trabalham com a população infantil. No entanto, esses profissionais poderão se deparar com situações de contraindicação ao aleitamento materno ou desmame precoce, por isso necessitarão de informações acerca da alimentação recomendada para a criança que não amamenta.

As recomendações anteriores, relativas à consistência, quantidade e tipo de alimentos a serem ofertados para crianças que amamentam, também devem ser seguidas para aquelas que não amamentam, com exceção a época de introdução desses alimentos, conforme destacado no Quadro 14 (BRASIL, 2010).

Quadro 14. Esquema alimentar para os dois primeiros anos de vida de crianças que não recebem leite materno

Nascimento até completar 4 meses	Ao completar 4 meses	Ao completar 8 meses	Ao completar 12 meses
Alimentação láctea	Leite	Leite	Leite e fruta ou cereal ou tubérculo
	Papa de fruta	Fruta	Fruta
	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família	Papa salgada ou refeição básica da família
	Papa de fruta	Fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família	Refeição básica da família
	Leite	Leite	Leite

Fonte: BRASIL, 2010.

Diluição e preparo de leite artificial

Nos casos em que há necessidade de se orientar o preparo das fórmulas lácteas e diluições de leite (Quadro 15), tais orientações devem ser feitas de forma individualizada e por um profissional qualificado (BRASIL, 2012).

Quadro 15. Volume e número de refeições lácteas por faixa etária no primeiro ano de vida

Idade	Volume*	Número de refeições por dia
Até 30 dias	60 a 120 ml	6 a 8
De 30 a 60 dias	120 a 150 ml	6 a 8
De 2 a 4 meses	150 a 180 ml	5 a 6
De 4 a 8 meses	180 a 200 ml	2 a 3
Acima de 8 meses	200 ml	2 a 3

Fonte: BRASIL, 2012.

* Valores aproximados de acordo com a variação do peso corporal do lactente nas diferentes idades. Recomenda-se, após os quatro meses, oferecer o leite e outros alimentos.

Para o preparo do leite de vaca integral em pó, deve-se diluir o leite em pó em um pouco de água tratada, fervida e filtrada e, em seguida, adicionar a água restante necessária, conforme as quantidades descritas no Quadro 16.

Quadro 16. Preparo do leite de vaca integral em pó e fluido

Tipo de leite	Preparo
Leite em pó integral	1 colher rasa das de sobremesa para 100ml de água fervida
	1½ colher rasa das de sobremesa para 150ml de água fervida
	2 colheres rasas das de sobremesa para 200ml de água fervida
Leite integral fluido	2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida
	70ml de leite + 30ml de água = 100ml
	100ml de leite + 50ml de água = 150ml
	130ml de leite + 70ml de água = 200ml

Fonte: BRASIL, 2010. Adaptado.

Recomendações

✓ o preparo de leites artificiais nunca deve ser coletivo;

✓ o leite de vaca integral diluído a 10% ou 2/3 pode necessitar de acréscimos calóricos pela adição de 5% de açúcar, 3% de amido (farinha de milho, aveia, arroz) e 3% de óleo vegetal (BRASIL, 2012).

✓ não oferecer o mel de abelha para crianças até 1 ano de idade devido ao risco de transmissão do botulismo, que é causado por uma bactéria chamada *Clostridium botulinum*, risco que existe principalmente devido à deficiência de fiscalização nas propriedades produtoras do mel *in natura*.

Recomendações para crianças de 2 a 10 anos

A promoção da alimentação saudável é fundamental durante a infância, quando os hábitos alimentares estão sendo formados. É importante que a criança adquira o hábito de realizar as refeições com sua família, em horários regulares (BRASIL, 2012).

Para as crianças maiores de 2 anos, algumas recomendações gerais foram feitas pelo Ministério da Saúde, as quais estão sintetizadas nos "Dez passos para uma alimentação saudável para crianças de 2 a 10 anos", encontrados na atual Caderneta de Saúde da Criança - Passaporte da Cidadania e apresentados no Quadro 17.

Quadro 17. Dez passos para uma alimentação saudável para crianças de 2 a 10 anos.

Passo 1 – Oferecer alimentos variados, distribuindo-os em pelo menos três refeições e dois lanches por dia.
Passo 2 – Incluir diariamente alimentos como cereais (arroz, milho), tubérculos (batatas), raízes (mandioca/macaxeira/aipim), pães e massas, distribuindo esses alimentos nas refeições e lanches da criança ao longo do dia. Dar preferência aos alimentos na sua versão integral e na sua forma mais natural.
Passo 3 – Oferecer legumes e verduras nas duas principais refeições do dia; oferecer também, diariamente, 2 frutas nas sobremesas e lanches.
Passo 4 – Oferecer feijão com arroz todos os dias ou, no mínimo, cinco vezes por semana. Logo após a refeição, oferecer ½ copo de suco de fruta natural ou ½ fruta que seja fonte de vitamina C, como limão, laranja, acerola e outras para melhorar o aproveitamento do ferro pelo corpo e prevenir anemia.
Passo 5 – Oferecer leite ou derivados (queijo e iogurte) 3 vezes ao dia. Se a criança ainda estiver sendo amamentada, não é necessário oferecer outro leite. Carnes, aves, peixes ou ovos devem fazer parte da refeição principal da criança. Além das carnes, oferecer à criança vísceras e miúdos (fígado, moela), que também são fontes de ferro, pelo menos uma vez por semana.
Passo 6 – Evitar alimentos gordurosos e frituras; preferir alimentos assados, grelhados ou cozidos. Retirar a gordura visível das carnes e a pele das aves antes da preparação para tornar esses alimentos mais saudáveis.
Passo 7 – Evitar oferecer refrigerantes e sucos industrializados ou com muito açúcar, balas, bombons, biscoitos recheados, salgadinhos. Esses alimentos podem ser consumidos no máximo 2 vezes por semana, em pequenas quantidades. Uma alimentação muito rica em açúcar e doces aumenta o risco de obesidade e cáries.
Passo 8 – Diminuir a quantidade de sal na comida; não deixar o saleiro na mesa. Evitar temperos prontos, alimentos enlatados, carnes salgadas e embutidos como mortadela, presunto, salsicha, linguiça e outros, pois contêm muito sal.

Passo 9 – Estimular a criança a beber no mínimo 4 copos de água durante o dia. Suco natural de fruta também é uma bebida saudável, mas só deve ser oferecido após as principais refeições, para não tirar a fome da criança.
Passo 10 - Incentivar a criança a ser ativa e evitar que ela passe mais do que 2 horas por dia assistindo TV, jogando videogame ou brincando no computador. É importante sair para caminhar com ela, levá-la para andar de bicicleta, passear com o cachorro, jogar bola, pular corda, ou seja, fazer alguma atividade física.

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança – Passaporte da Cidadania, 2009. Adaptado.

Importante orientar que a criança deve se alimentar juntamente com os outros membros da família, seguindo os mesmos horários. Além disso, não se deve substituir o almoço e o jantar por mamadeiras de leite ou por outros produtos lácteos. É importante também não recompensar as crianças com sobremesa ou guloseimas (BRASIL, 2012).

Para o ambiente escolar, foram instituídas diretrizes nacionais para a promoção da Alimentação Saudável nas escolas de Educação Infantil, Fundamental e nível Médio nas redes públicas e privadas (BRASIL, 2006). Os profissionais de saúde que atuam em parceria com as escolas devem assumir o papel de colaborar na implementação dos "Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas":

- reforçar a abordagem da promoção da saúde e da alimentação saudável nas atividades curriculares da escola;
- restringir a oferta, a promoção comercial e a venda de alimentos ricos em gorduras, açúcares e sal;
- desenvolver opções de alimentos e refeições saudáveis na escola. Aumentar a oferta e promover o consumo de frutas, legumes e verduras, com ênfase nos alimentos regionais;
- desenvolver um programa contínuo de promoção de hábitos alimentares saudáveis, considerando o monitoramento do estado nutricional dos escolares, com ênfase em ações de diagnóstico, prevenção e controle dos distúrbios nutricionais.

Queixas mais comuns na infância

Anemia

A **anemia por deficiência de ferro** pode instalar-se em qualquer indivíduo que não receba a quantidade adequada desse nutriente na dieta ou que tenha dificuldades em sua absorção, como por exemplo, carência nutricional e parasitoses intestinais. As crianças fazem parte desse grupo de risco para a anemia ferropriva.

Principais sinais e sintomas: palidez (palmar, conjuntiva ocular e oral), dificuldade de concentração/memorização, irritabilidade e alteração do apetite.

Como observar sinais de palidez palmar:

- Inspecione a palma da mão da criança mantendo-a aberta, caso a observe pálida, a criança será identificada por palidez palmar leve, se for grande a intensidade que pareça branca, a palidez palmar será considerada grave.
- Associe a cor da palma da mão da criança com a cor da palma da mão de sua mãe ou de uma pessoa da mesma raça.
- Em caso de dúvidas, solicitar hemograma para definição de condutas.

O *diagnóstico* é estabelecido por avaliação dos sinais e sintomas e solicitação de hemograma (taxa de hemoglobina menor que 11).

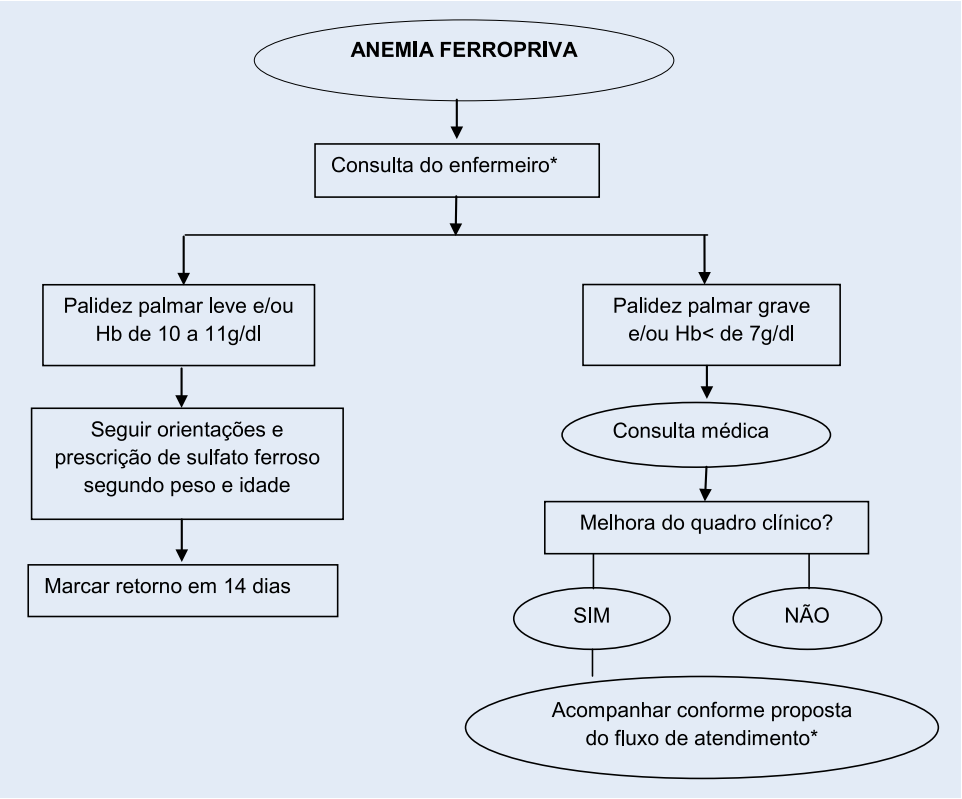
As *principais fontes de ferro* (Quadro 18) são os alimentos que oferecem os nutrientes: o ferro heme (maior absorção) e o ferro não heme (menor absorção e menos eficiente).

Quadro 18. Principais alimentos ricos em ferro heme e ferro não heme

Ferro heme	Ferro não heme
Carnes vermelhas, Fígado de todos os animais	Verduras de folhas escuras (espinafre, brócolis, couve, salsa, etc.)
Carne das aves e peixes	Leguminosas (feijão, lentilhas, grão-de-bico, ervilhas, etc.)
Ovos	Frutas (uvas, maçãs, nozes, amêndoas, castanhas, etc.)

Fonte: Departamento Científico de Nutrologia – SBP – 2012.

Recomenda-se oferecer uma fruta com vitamina C *in natura*, amassada, após as refeições principais, como o almoço e o jantar. O ácido ascórbico, presente nas frutas cítricas (laranja, limão, caju, lima, acerola, abacaxi, goiaba, tomate, etc.) facilita a absorção de ferro. O suco natural (feito na hora) pode ser oferecido, em pequenas quantidades, após as refeições principais. Para não reduzir a absorção do ferro pelo organismo, orienta-se *não oferecer à criança* chá preto ou mate, café e refrigerante próximo às refeições.


ANEMIA FERROPRIVA
Consulta do enfermeiro*
Palidez palmar leve e/ou Hb de 10 a 11g/dl
Palidez palmar grave e/ou Hb< de 7g/dl
Seguir orientações e prescrição de sulfato ferroso segundo peso e idade
Marcar retorno em 14 dias
Consulta médica
Melhora do quadro clínico?
SIM
NÃO
Acompanhar conforme proposta do fluxo de atendimento*

Cuidados de enfermagem:

- Avaliar o tipo de aleitamento e aceitação das refeições de sal.
- Avaliar alimentação e orientar a mãe para o uso de alimentos ricos em ferro.
- Avaliar antecedentes de criança: prematuridade, baixo peso e morbidade neonatal.
- Associar o Sulfato Ferroso a sucos ricos em vitamina C e administrar 30 minutos antes das refeições.
- Orientar o uso de Sulfato Ferroso com canudinho devido à destruição do esmalte dos dentes.
- Alertar para a mudança de coloração das fezes e os cuidados com os dentes.

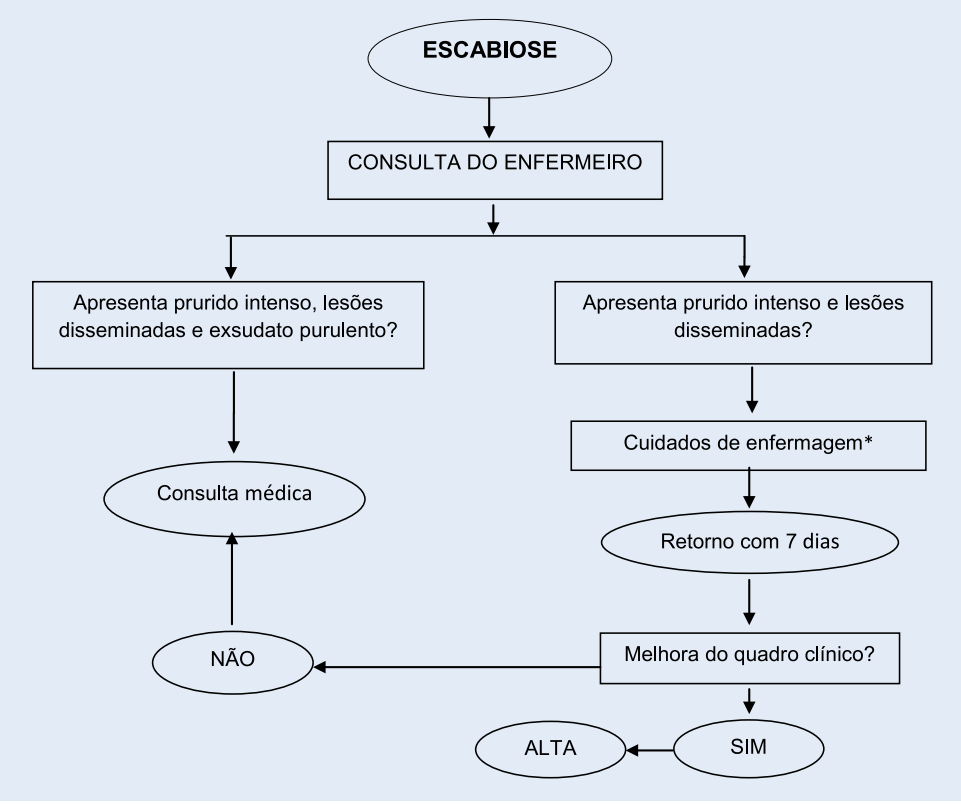
Escabiose

É uma doença dermatológica e altamente infecciosa, cujo agente etiológico é o *Sarcoptes scabie*. O agente sobrevive até 36 horas no ambiente. A transmissão ocorre mediante contato direto ou indireto, sendo o tempo de incubação entre 24 horas até 6 semanas.

As áreas de lesões mais comuns são entre os dedos das mãos e através das mãos e podem se estender para punhos (face anterior), coxas, região periumbilical, nádegas, axilas, cotovelo e couro cabeludo. Forma-se erupção pápulo eritomatosa em

consequência da infestação e da reação de hipersensibilidade ao ácaro. O prurido se manifesta intensamente no período da noite, devido à reprodução e deposição dos ovos do agente. Crianças imunodeprimidas estão mais susceptíveis à infecção, à apresentação de lesões com crostas ou generalizadas. É especificada como sarna norueguesa e há intensa descamação.

Tratamento: via tópica (Permetrina creme 5% e Lidano 1% loção ou creme) ou oral (Ivermctina).
O Benzoato de Benzila, loção a 10 ou 25%, não é mais indicado devido à toxicidade acentuada e resistência parasitária.



Cuidados de Enfermagem:

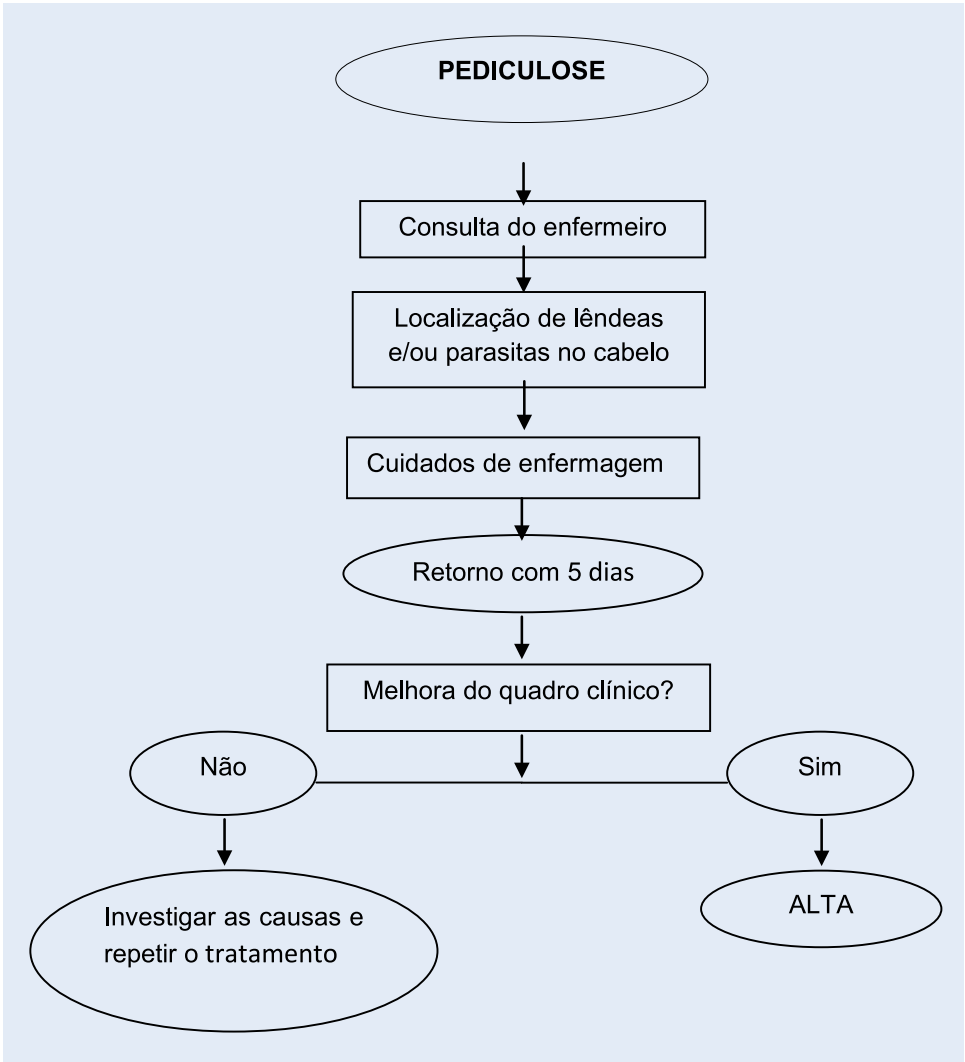
- Manter precaução até 24 horas após o tratamento.
- Lavar roupas e objetos pessoais em temperatura mínima de 55ºC.
- Tratar pessoa infectada e contatos ao mesmo tempo.

Pediculose

É a infestação por parasitas (piolhos) que acomete a cabeça (*Pediculus humanus capitis*), o corpo (*Pediculus humanus corporis*), ou a área genital (*Phitiris pubis*). A transmissão ocorre de uma pessoa para outra e por meio de objetos pertencentes a essa pessoa. O tempo de incubação é de 8 a 10 dias.

As crianças em fase escolar são as mais sujeitas a infestações e se não forem tratadas, podem apresentar prejuízo no desempenho escolar e na saúde (coceira, noites mal dormidas) e, em casos mais graves, a anemia provocada pelo parasita.

Para o tratamento, são utilizados os mesmos medicamentos tópicos usados na escabiose. O ideal é que sejam usados por 5 dias consecutivos e repetir aplicação sete a dez dias depois.

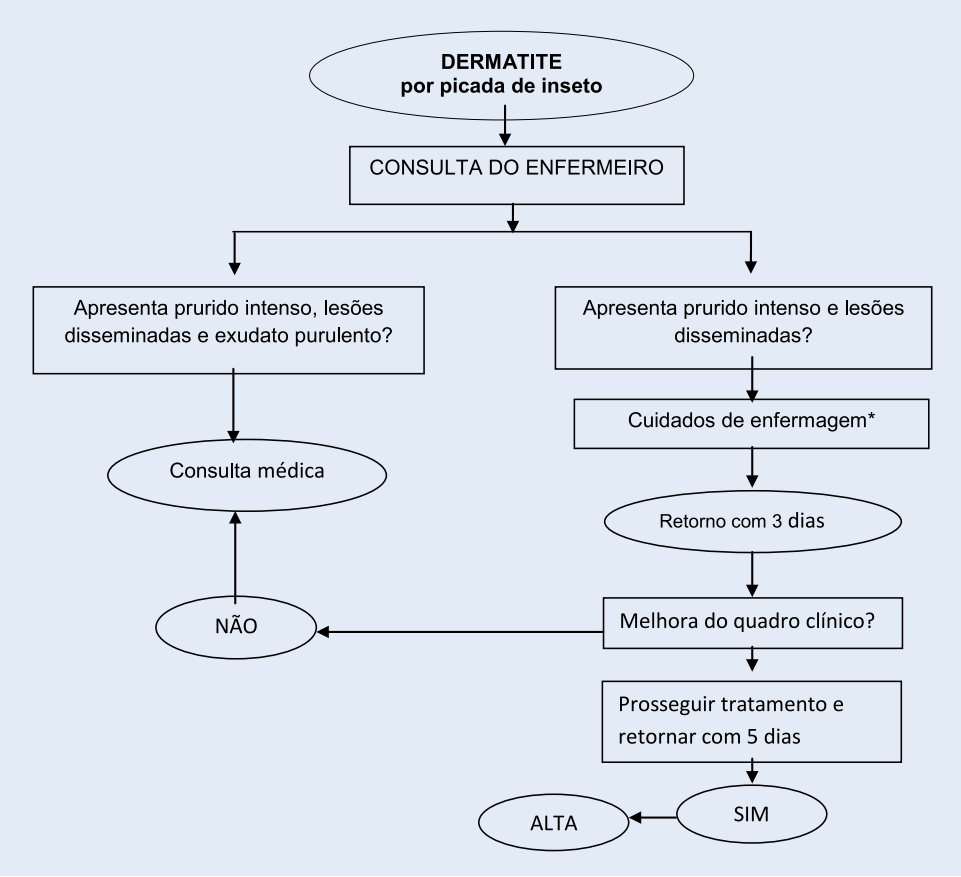


Orientações de enfermagem:

- Inspecionar frequentemente a cabeça da criança.
- Trocar roupas de cama e pessoais regularmente, assim como dos demais membros da família.
- Instruir a criança a não compartilhar escovas de cabelo ou bonés de colegas de escola.
- Lembrar que o tratamento estende-se as pessoas de convívio.
- Usar pente fino e umedecer os cabelos com vinagre morno diluído em água (1:1), em partes iguais.

Dermatite por picada de inseto

Pápulas pruriginosas, em forma de cúpula, com vesículas às vezes umbilicadas que desaparecem frequentemente pela escoriação. São desencadeadas por picada de insetos (uma só picada faz com que surjam inúmeras lesões). As extremidades e região da cintura pélvica são as mais acometidas.



Orientações de enfermagem:

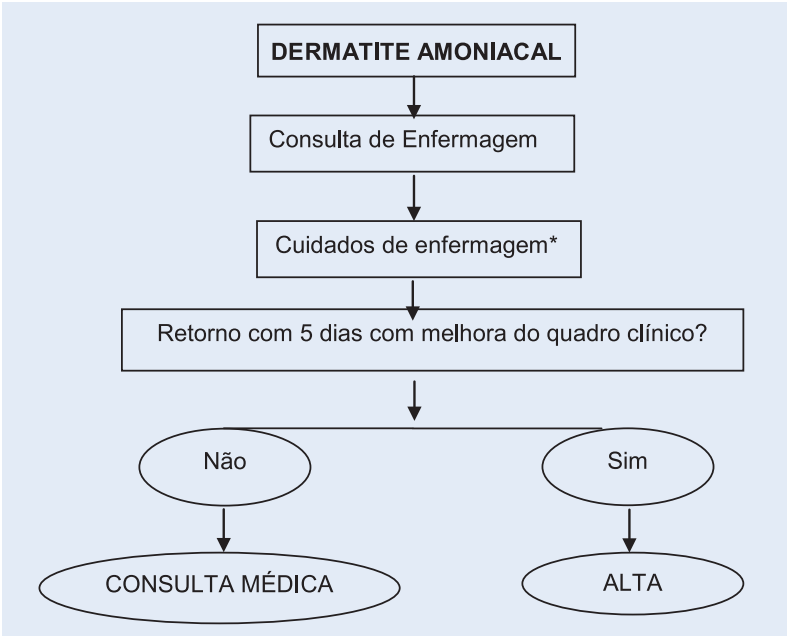
- Usar mosquiteiro ou telas nas janelas.
- Manter unhas curtas e limpas.
- Indicar uso de pasta d´água, amido de milho 3 a 4 vezes ao dia ou chá de camomila para o banho.
- Retornar à unidade, caso haja piora do quadro clínico ou dúvidas.

Dermatite amoniacal

É conhecida como dermatite das fraldas e por monília /cândida. Acomete a região da pele da criança que tem contato com as fraldas.

Quadro 19. Formas de apresentação e características de dermatites segundo causas

Forma de Apresentação	Causas	Características
Moniacal	Urina, fricção, umidade, microorganismo, fezes e irritantes químicos	Erupção inflamatória
Monilíase	Fungo monília que prolifera em ambiente úmido, presença de fezes e urina	Pele avermelhada com ou sem pontos esbranquiçados
Candidíase	Fungo cândida	Pele avermelhada com ou sem pontos esbranquiçados

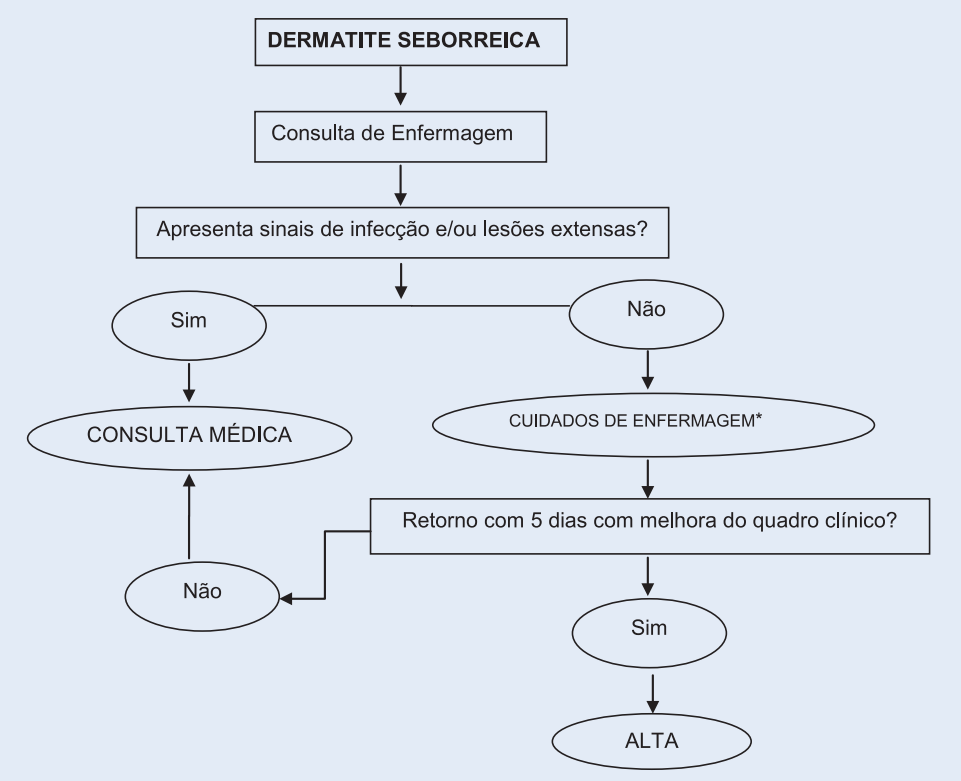


Orientações de enfermagem:

- Lavar o local com água morna a cada troca de fralda.
- Suspender o uso de lenços umedecidos, assim como outros produtos industrializados (óleos, lavandas, soluções de limpeza de pele);
- Usar amido de milho na água do banho e/ou fazer pasta (diluir em água até obter consistência cremosa) para uso local, retirar cuidadosamente todo o resíduo após cada troca de fralda;
- Suspender fraldas descartáveis;
- Lavar as fraldas com sabão neutro, enxaguar bem e evitar o uso de produtos perfumados;
- Usar Nistatina creme após cada troca de fralda por 5 dias;
- Usar cremes à base de óxido de zinco;
- Retornar à unidade, caso haja piora do quadro clínico ou dúvidas.

Dermatite seborreica

Lesão eritemato descamativa, papulosa, não pruriginosa podendo apresentar, de forma focal ou generalizada, em couro cabeludo, em face, pescoço, axilas e área de fraldas. Podem evoluir para lesões pós-inflamatórias pigmentadas.



Orientações de Enfermagem:

- Passar vaselina ou óleo mineral no couro cabeludo uma vez ao dia, deixar por 1 hora e retirar seborreia com escova ou pente fino delicado.
- Lavar a cabeça com sabonete neutro.
- Retornar à unidade, caso haja piora do quadro clínico ou dúvidas.

Intertrigo

Trata-se de uma infecção de pele causada pelo mesmo fungo responsável pela candidíase (*Candida albicans*). Esse fungose aloja na pele sem causar nenhuma alteração, com o objetivo de alimentar da queratina para manter-se ativo. No entanto, nas áreas sujeitas a atritos (dobras da pele, axilas, virilhas e nuca), sob o efeito do calor e da umidade, pequenas fissuras podem servir de porta de entrada para a infecção por esse fungo.

A irritação da pele pode ser causada pela urina e pelas fezes nas fraldas, favorecendo o desenvolvimento do fungo e de eritema intenso nas áreas de dobras cutâneas, de aspecto úmido e descamativo a qual se propaga com lesões eritemato-vesicopustulosas na periferia (lesões satélites). As vesículas rompem-se, unem-se, e assim, novas placas se formam intensificando o quadro. Nesse caso, o melhor método de prevenção é manter as dobras da pele seca e evitar uso de tecidos sintéticos.

Recomendações

✓ Lavar a região íntima da criança com água e sabão neutro após ter urinado e/ou evacuado.

✓ Enxaguar bem a pele da criança principalmente na região das dobras e coloque outra fralda.

✓ Trocar a roupa da criança após transpiração ou banho no mar ou piscina.

✓ Dar preferência por roupas de algodão.

Impetigo

É uma doença comum que na infância, geralmente, manifesta-se entre o segundo e terceiro dia de vida, com alta probabilidade de transmissão. Os agentes causadores mais frequentes são: *Staphylococcus aureus ou Streptococcus beta-hemolítico*.

Impetigo bolhoso

Lesão inicial assemelha-se à queimadura de cigarro. As áreas mais afetadas são: tronco, face, coxa, nádegas. Na pele íntegra, desenvolvem-se bolhas, vesículas, porém sem sinais de eritema ao redor. A crosta amarelada que se forma após é resultado da dessecação do conteúdo seroso inicial.

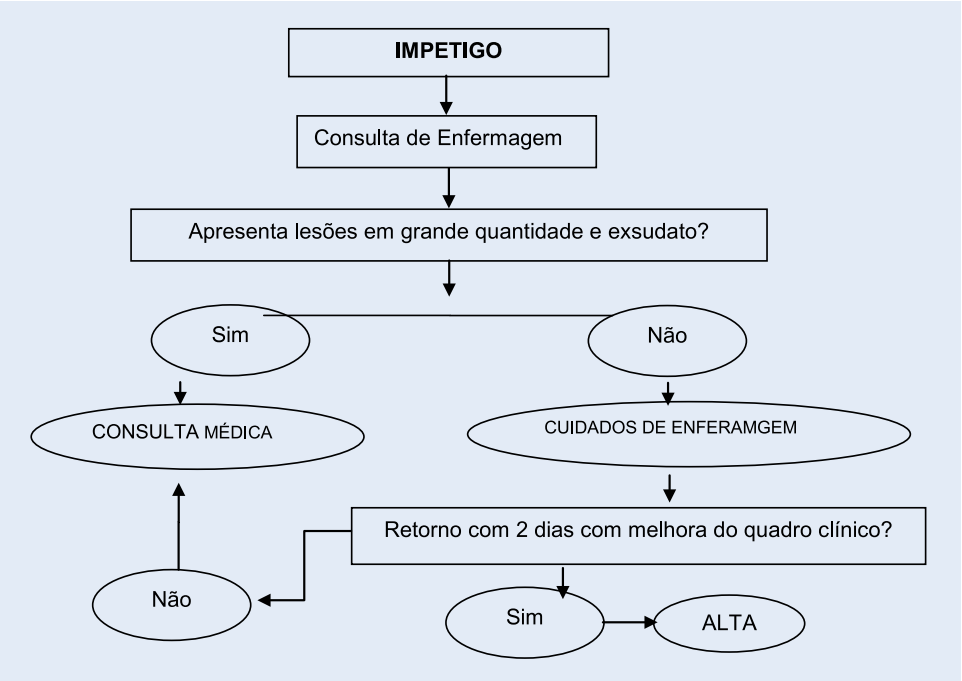
Impetigo não bolhoso
Há eritema seguido de formação de vesículas que facilmente rompem-se. Observam-se áreas com erosão de pele e crostas amareladas que localizam-se mais frequentemente na face, braços, pernas e nádegas. As áreas acometidas são costumeiramente as úmidas como virilha, dobras do pescoço e axilas.

O surgimento ou não de impetigo nos locais de atendimento neonatal evidencia a excelência da prevenção de infecção. A transmissibilidade ocorrerá enquanto houver agentes colonizados nas narinas do doente ou do portador sem sintomas. As mãos são os meios de maior propagação da infecção.

O tratamento ocorrerá segundo as condições do recém-nascido. Havendo evidências sistêmicas infecciosas, o tratamento será via parenteral (antibioticoterapia).

Indicações para tratamento com antibióticos sistêmicos
Mais de cinco lesões, linfadenomegalia, febre, infecções no couro cabeludo, pela dificuldade do uso de cremes ou pomadas no local, faringite associada, acometimento de estruturas mais profundas (tecido subcutâneo, fáscia muscular), e infecções próximas à cavidade oral uma vez que a criança pode retirar a medicação tópica com a boca.

Na ausência de manifestações sistêmicas, o tratamento instituído poderá ser tópico. Deve-se, nesse caso, remover as crostas, com água e sabão antisséptico (triclosan, irgarsan ou clorexidina), duas a três vezes ao dia. Havendo dificuldade na remoção, pode-se usar aplicação de vaselina. As drogas de escolha para os casos de menor gravidade são as Cefalosporinas orais de primeira geração. Macrolídeos também podem ser utilizados, como azitromicina, claritromicina e eritromicina, em pacientes alérgicos à penicilina e às cefalosporinas. Nos casos graves, a Oxacilina (intravenosa) ou a Clindamicina poderão ser utilizadas.

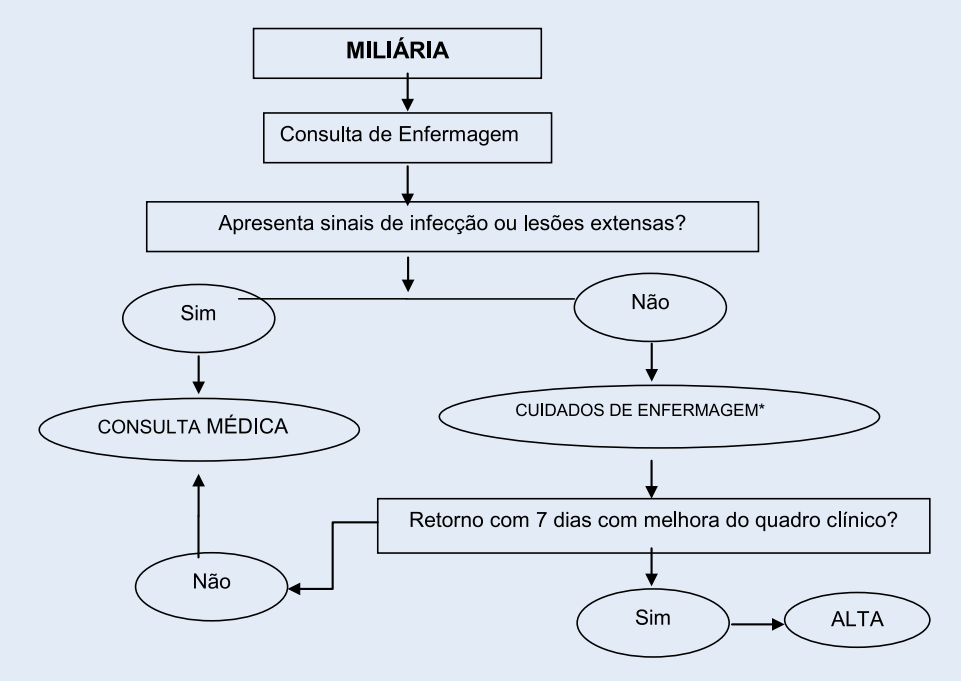


Miliária (Brotoeja)

Lesão eritematosa microvesicular, pruriginosa, apresenta-se devido ao calor excessivo e umidade ou a substâncias que podem obstruir os poros, tais como cremes, talcos ou óleos.

Quadro 20. Formas de apresentação e características de miliária segundo localização.

Formas de apresentação	Característica	Localização
Cristalina	Pequenas vesículas de coloração clara e pruriginosas	Pescoço e axilas
Rubra	Vesícula em base eritematosa, pápulas e prurido	Regiões cobertas por roupas, tais como: tronco e braços
Profunda	Pápulas rosadas com pouco ou nenhum prurido	Tronco



Orientações de Enfermagem:

- Usar roupas leves.
- Lavar as roupas novas antes de usá-las e evitar amaciantes, talcos, cremes e perfume.
- Realizar banhos frequentes na criança com sabonetes neutros.
- Enxaguar a criança após o banho com 1 litro de água e 2 colheres (sopa) de amido de milho 3 vezes ao dia ou aplicar o amido de milho diretamente na pele como se fosse talco ou aplicar pasta d'água 3 vezes ao dia após o banho, caso as lesões sejam das formas rubra e/ou profunda.
- Orientar o pai quanto ao contato com a barba.
- Retornar à unidade, caso haja piora do quadro clínico ou dúvidas.

Constipação intestinal

A constipação intestinal é uma situação muito comum em crianças e é definida de diversas formas, mas sumariamente é a eliminação das fezes, endurecidas, com dor ou dificuldade, além da sensação de evacuação insatisfatória e incompleta, que pode ou não ser acompanhada pelo aumento do intervalo entre as evacuações.

A constipação pode ser dividida de forma didática em aguda e crônica. A constipação aguda pode ser observada durante um curto período como jejuns, anorexia, mudanças de ambiente (como em viagens, por exemplo, algumas pessoas não conseguem evacuar). Tais situações, na maioria das vezes, retornam ao seu estado de normalidade,

assim que os hábitos de vida se reestruturam.

A constipação crônica pode ser dividida em funcional e orgânica. Algumas causas orgânicas são as anormalidades anorretais (ânus imperfurado, ânus ectópico anterior, ânus anteriorizado, doença de Hirschsprung) e cólon. Além dessas, há extras intestinais como uso de alguns medicamentos, doenças endócrinas, metabólicas e neurológicas. Já as causas funcionais são as responsáveis pela grande maioria da constipação crônica nas crianças e são condições que envolvem múltiplos fatores.

As manifestações clínicas variam com a idade da criança. As características das fezes podem apresentar diferenças entre elas. Enquanto algumas evacuam fezes em cíbalas e com dificuldade, outras evacuam fezes volumosas a cada 5 a 7 dias.

Em recém-nascidos pode haver um longo período (até 10 dias) sem evacuações, uma vez que o seu intestino está adaptando ao novo alimento (leite materno) e desenvolvendo o peristaltismo. Já em lactentes, após o desmame ou a transição para a alimentação complementar, pode-se observar a eliminação, com dor ou dificuldade, de fezes ressecadas não muito volumosas. É importante saber que, em lactentes em aleitamento natural exclusivo, não devem receber tratamento para constipação, pois uma situação fisiológica ocorre quando eliminam fezes amolecidas e volumosas sem dificuldade/dor em intervalo de tempo maiores.

Nos pré-escolares é frequente a ocorrência do comportamento de retenção. Na maioria das vezes, o motivo é o medo de evacuar e algumas atitudes são observadas na anamnese, como segurar a defecação, aversão ao vaso sanitário, e busca de novas posições e lugares para evacuar. A partir dos quatro ou cinco anos, aumenta a queixa de escape fecal. Apesar de um longo histórico de constipação, o escape fecal passa a ser uma preocupação para os pais e para a própria criança devido ao constrangimento e rejeição no convívio social da mesma. O programa terapêutico deverá ser individualizado de acordo com a idade, tipo de alimentação, relações sociais da criança com a família, amigos e dentro do ambiente escolar e, principalmente, com a gravidade do caso.

Grande parte dessas crianças com constipação não recebe um tratamento específico e/ou adequado e convive com o problema até a fase adulta. Na avaliação inicial, deve-se decidir qual a terapêutica a ser adotada. Em casos menos complicados, a terapêutica é voltada para orientação alimentar, como aumento da oferta hídrica e alimentos ricos em fibras. Além disso, é de extrema importância que a criança tenha acesso irrestrito ao banheiro e que nesse tenha um vaso sanitário na altura adequada para que ela apoie os pés durante a evacuação. É importante, também, que a criança seja encorajada a ficar no vaso sanitário após refeição para estimular a evacuação por meio do reflexo gastro-cólico.

Nos casos mais graves, sempre que puder, as crianças devem ser encaminhadas a um ambulatório especializado para um tratamento que utilize laxantes. Esses medica-

mentos, apesar de alguns serem "caseiros", devem ser administrados com cautela e sob orientações.

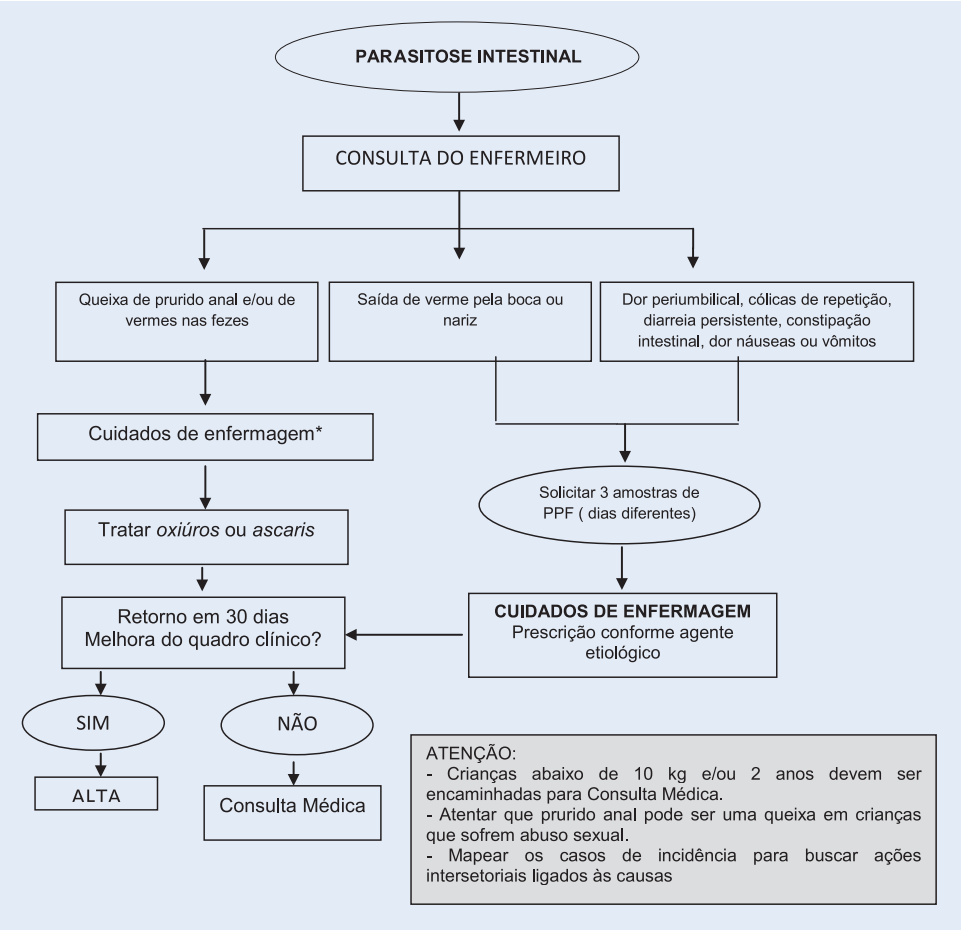
Os laxantes podem ser divididos em quatro categorias:

- formadores de bolo fecal: incluídas aqui as fibras alimentares solúveis e insolúveis. Ambas podem auxiliar na prevenção e no tratamento da constipação, mas as fibras insolúveis são mais eficazes. O aumento do bolo fecal aumenta o peristaltismo intestinal;
- lubrificantes: não interferem no peristaltismo intestinal, mas lubrificam e amolecem as fezes. Nesse grupo estão: óleo mineral, óleos vegetais (oliva, algodão e milho) e vaselina;
- osmóticos: aqui podem ser citados o sulfato de magnésio, o leite de magnésia, o sulfato de sódio, a lactulose, o manitol. Substâncias essas que não absorvidas pelo intestino que, por força osmótica, aumentam a quantidade de água na luz intestinal, acarretando estímulo do peristaltismo;
- estimulantes do peristaltismo intestinal: aqui encontram-se aqueles que, em contato com a mucosa do cólon intestinal, fazem aumentar o peristaltismo. Alguns exemplos são os derivados antraquinônicos extraídos de plantas (senna, cáscara sagrada), o óleo de rícino e os derivados de defenilmetano (fenoftaleína, picossulfato e bisacodil).

Alguns produtos são comercializados com uma mistura de vários agentes laxantes pertencentes aos diferentes grupos supracitados, podendo assim causar efeitos intensos e prolongados. Dessa maneira, não devem ser usados em crianças, pois podem causar distúrbios hidroeletrolíticos, além de cólicas abdominais intensas.

Parasitose intestinal

Infestação ou infecção do trato intestinal por parasitas.


PARASITOSE INTESTINAL
CONSULTA DO ENFERMEIRO
Queixa de prurido anal e/ou de vermes nas fezes
Saída de verme pela boca ou nariz
Dor periumbilical, cólicas de repetição, diarreia persistente, constipação intestinal, dor náuseas ou vômitos
Cuidados de enfermagem*
Tratar oxiúros ou ascaris
Retorno em 30 dias Melhora do quadro clínico?
SIM
ALTA
NÃO
Consulta Médica
Solicitar 3 amostras de PPF (dias diferentes)
CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Prescrição conforme agente etiológico
ATENÇÃO:
- Crianças abaixo de 10 kg e/ou 2 anos devem ser encaminhadas para Consulta Médica.
- Atentar que prurido anal pode ser uma queixa em crianças que sofrem abuso sexual.
- Mapear os casos de incidência para buscar ações intersetoriais ligados às causas

Orientações de enfermagem:

- Beber água tratada ou fervida e lavar bem os alimentos e deixá-los de molho em água com hipoclorito 2,0% (duas gotas por litro) por 30 minutos e lavar novamente.
- Comer carne bem cozida ou assada.
- Manter as mãos limpas e as unhas curtas e lavar as mãos antes de preparar os alimentos, de todas as refeições e após cada evacuação.
- Proteger os alimentos contra poeira, moscas e outros animais.
- Manter os pés limpos e calçados.
- Manter vasos sanitários e fossas sempre cobertos e higienizados.
- Não usar água parada para banho ou brincar.

Quadro 20. Tratamento medicamentoso indicado para parasitose intestinal

Doença	Idade/peso	Medicamento	Posologia	Observação
Ascaridíase	Acima de 10Kg Acima de 2 anos	Mebendazol 20mg/ml Albendazol 400mg	5ml 2x/dia VO por 3 dias 01 cp ou 10ml VO/dose única	✓ Repetir após 3 semanas
Ancilostomíase	Acima de 10Kg	Mebendazol 20mg/ml	5 ml 2 x/dia por 3 dias	✓ Repetir após 3 semanas
Amebíase	Acima de 2 anos	Metronidazol Não exceder 750 mg/dose	35 mg/kg/dia 3x/dia nos casos leves por 5 dias Extra intestinal ou sintomática 50 mg/kg/dia por 10 dias	✓ Efeito Colateral:náuseas, cefaleia, gosto metálico, vômitos, diarreias, erupção cutânea, ataxia, leucopenia, convulsões
Enterobíase ou Oxiuríase	Dose para todas as crianças, independente do pesoe da idade	Mebendazol 20mg/ml	5 ml 2 x/dia VO por 3 dias	✓ Repetir após 3 semanas ✓ Tratar todas as crianças da casa
Estrongiloidíase	Acima de 2 anos	Albendazol 400 mg	1 cp VO dose única	✓ Repetir em 3 semanas ✓ Tratar todas as crianças da casa
Giardíase	Acima de 2 anos	Metronidazol	15 mg/kg/dia (máximo 250mg) VO 2x/dia por 5 dias	✓ Efeito Colateral:náuseas, cefaleia, gosto metálico, vômitos, diarreias, erupção cutânea, ataxia, leucopenia, convulsões.
Tricocefalíase	Acima de 2 anos	Albendazol 400 mg	10ml em dose única ou 1 cp de 400 mg VO	✓ Repetir após 14 dias s/n ✓ Efeitos colaterais:dor abdominal, cefaleia, diarreia, náuseas e vômitos
Teníase	Acima de 2 anos	Mebendazol 20mg/ml ou Albendazol 400 mg	10 ml 2x/dia por 3 dias 1cp VO dose única	✓ Tratar todas as crianças da casa

Fonte: SMS/SP, Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde, 2012.

Diarreia

Situação caracterizada pela perda de água e eletrólitos e consequente aumento do volume e da frequência das evacuações e, na diminuição da consistência das fezes, apresenta, em algumas vezes, muco e sangue (disenteria).

Plano A

As ações deste plano visam evitar a desidratação no domicílio e são direcionadas após a avaliação dos seguintes aspectos:

1 – Observe – estado geral: bem e em alerta; olhos: normais; lágrimas: presentes; sede: bebe normal, sem sede

2 – Exame físico/explore – sinal de prega: desaparece rapidamente; pulso: normal; enchimento capilar: cheio

3 – Decida –se não tem sinais de desidratação, trate com o plano A

Tratamento do Plano A

Orientar pais ou responsáveis a:

1 – Dar mais líquido do que o habitual em casa, para prevenir a desidratação. A criança deve tomar líquidos caseiros (água de arroz, soro caseiro, chá, sucos e sopas) ou Sais de Reidratação Oral (SRO) após cada evacuação diarreica.

2 – Manter a alimentação habitual para prevenir a desnutrição. Continuar o aleitamento materno. Se a criança não mamar na mãe, continuar com o leite habitual. Manter a dieta normal para as crianças maiores de 4 meses que comem alimentos sólidos.

3 – Levar ao serviço de saúde, se a criança não melhorar em dois dias ou se apresentar qualquer um dos sinais abaixo:

Sinais de perigo

–piora da diarreia

–recusa de alimentos

– vômitos repetidos

– febre

– muita sede

– sangue nas fezes

Idade	Quantidade de SRO após evacuação diarreica	Quantidade de SRO para levar para o domicílio
Menores de 1 ano	50 a 100 ml	1 envelope por dia
1 a 10 anos	100 a 200 ml	2 envelopes por dia
Maiores de 10 anos	Tudo que quiser	4 envelopes por dia

Fonte: Manejo da diarreia, Ministério da Saúde, Brasil, 2011.

Plano B

As ações deste plano visam prevenir, por via oral, a desidratação e são direcionadas após a avaliação dos seguintes aspectos:

1 – Observe – estado geral: irritado, intranquilo; olhos: fundos; lágrimas: ausentes; sede: sedento, bebe rápido e avidamente;

2 – Exame físico/explore – sinal de prega: desaparece lentamente; pulso: rápido, débil; enchimento capilar: prejudicado;

3 – Decida – se apresentar dois ou mais sinais supracitados, tem desidratação; tratar com Plano B.

Tratamento Plano B

Sempre que possível, pesar a criança e seguir os seguintes passos:

1 – Administrar Sais de Reidratação Oral (SRO). A quantidade de solução ingerida dependerá da sede da criança. O SRO deverá ser dado continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação. A orientação inicial é que a criança deverá receber de 50 a 100 ml/kg, no período de 4 a 6 horas.

2 – Observar o paciente continuamente, durante a reidratação, e ajudar a família a dar o soro oral.

3 – Durante a reidratação, reavaliar o paciente. Usar os sinais supracitados para avaliação do estado de hidratação da criança. Se não apresentar sinais de desidratação, retorne ao Plano A. Caso continue desidratada, repetir o Plano B por mais 2 horas e reavaliar. Se a criança evoluir para desidratação com choque, passar para o Plano C (a seguir).

4 – Aproveitar a permanência do responsável no serviço de saúde para ensinar a: reconhecer os sinais de desidratação; preparar e administrar o SRO; praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar.

5 – As crianças que estiverem em estado de desidratação deverão permanecer na Unidade de Saúde até a reidratação completa.

Plano C

As ações deste plano visam prevenir a desidratação grave e são direcionadas após a avaliação dos seguintes aspectos:

1 – Observe – estado geral: comatoso, hipotônico; olhos: muito fundos e secos; lágrimas: ausentes; sede: bebe mal ou não é capaz de beber;

2 – Exame físico/explore – sinal de prega: desaparece muito lentamente (> 2 segundos); pulso: muito débil, ausente; enchimento capilar: muito prejudicado;

3 – Decida – Se apresentar dois ou mais sinais supracitados, incluindo um sinal, tem desidratação grave; tratar com Plano C.

Tratamento Plano C

Pesar a criança e referenciar para uma unidade de suporte mais avançada para iniciar terapia intravenosa e ser monitorizada.

- Tratamento para crianças menores de 5 anos

FASE RÁPIDA		
Solução (1:1)	Volume total	Tempo de infusão
½ soro glicosado 5% ½ soro fisiológico 0,9%	100 ml/kg	2 horas

Fonte: Manejo da diarreia, Ministério da Saúde, Brasil, 2011.

Após infusão, avaliar a criança e, assim que ela puder beber, iniciar o SRO, mantendo hidratação por via venosa.

FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO	
Volume para manutenção	(SG 5%)4 **:** 1(SF 0,9%) => 100ml/kg em 24h
+	
Volume para reposição	(SG 5%) 4 **:** 1 (SF 0,9%) =>100 ml/kg / 24 horas
+	
KCl a 10%	2ml / 100 ml

Fonte: Manejo da diarreia, Ministério da Saúde, Brasil, 2011.

- Tratamento para maiores de 5 anos

FASE RÁPIDA		
Solução (1:1)	**Volume total**	**Tempo de infusão**
SF 0,9%	30 ml/kg	30 minutos
Ringer Lactato ou solução poli eletrolítica	70 ml/kg	2 horas e 30 minutos

Fonte: Manejo da diarreia, Ministério da Saúde, Brasil, 2011

Manter a avaliação da criança continuamente. Se não estiver melhorando, aumentar a velocidade da infusão.

Fase de manutenção

Após a fase rápida do quadro acima, quando a criança puder, oferecer (geralmente em 2-3 horas) o soro oral, mantendo a hidratação por via endovenosa com 20 ml/

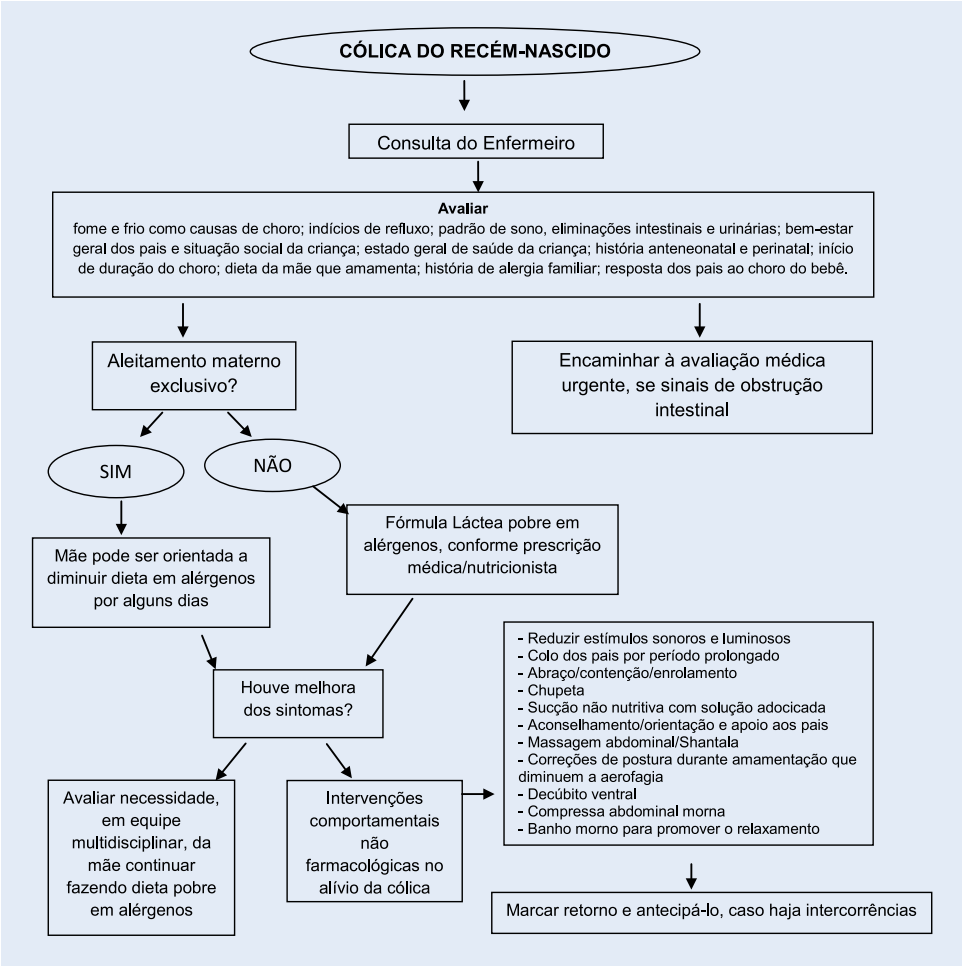
kg/dia. Manter a criança em observação durante pelo menos 6 horas. E retirar a via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir SRO suficiente para manter-se hidratado. A quantidade de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo do volume de evacuações.

Lembrar aos pais ou responsáveis que a quantidade de SRO a ser ingerida é maior nas primeiras 24 horas do tratamento, principalmente para aquelas crianças desidratadas graves. Como orientação, considerar a quantidade média de SRO necessária para esses pacientes: entre 250-500 ml (SRO/kg de peso/24 horas).

ATENÇÃO! Caso exista sangue nas fezes (disenteria), fazer uma anamnese e exame físico cuidadosos para investigar parasitoses, verminoses ou até infecções bacterianas e encaminhar para consulta médica. A prescrição de antibióticos e anti-heméticos deve ser cuidadosa e sob responsabilidade médica.

Cólica do recém-nascido

A cólica infantil usualmente afeta crianças nas primeiras semanas de vida e regride por si mesmo, antes do 6º mês de vida. Traduz em choro excessivo, em tom alto e gritante, ataques de irritabilidade e angústia, rubor facial, flexão das pernas, arqueamento das costas, punhos cerrados, eliminação de flatus, abdome rígido e dificuldade para se acalmar. Geralmente o choro tem duração de 3 horas, por pelo menos 3 vezes na semana, durante pelo menos 3 semanas nos primeiros 3 ou 4 meses de vida.

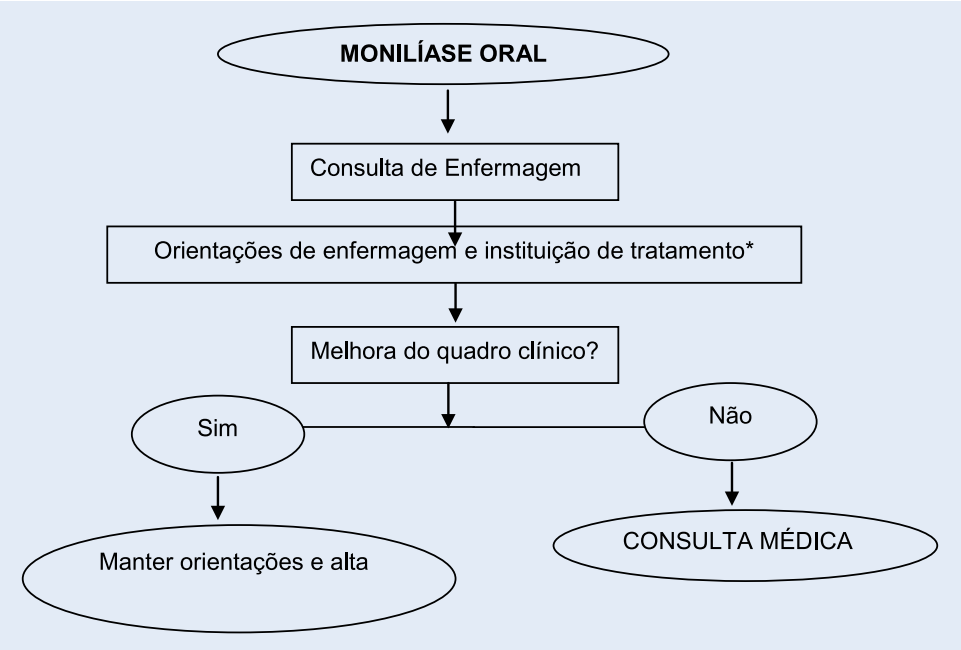

CÓLICA DO RECÉM-NASCIDO
Consulta do Enfermeiro
Avaliar
fome e frio como causas de choro; indícios de refluxo; padrão de sono, eliminações intestinais e urinárias; bem-estar geral dos pais e situação social da criança; estado geral de saúde da criança; história anteneonatal e perinatal; início de duração do choro; dieta da mãe que amamenta; história de alergia familiar; resposta dos pais ao choro do bebê.
Aleitamento materno exclusivo?
Encaminhar à avaliação médica urgente, se sinais de obstrução intestinal
SIM
NÃO
Mãe pode ser orientada a diminuir dieta em alérgenos por alguns dias
Fórmula Láctea pobre em alérgenos, conforme prescrição médica/nutricionista
- Reduzir estímulos sonoros e luminosos
- Colo dos pais por período prolongado
- Abraço/contenção/enrolamento
- Chupeta
- Sucção não nutritiva com solução adocicada
- Aconselhamento/orientação e apoio aos pais
- Massagem abdominal/Shantala
- Correções de postura durante amamentação que diminuem a aerofagia
- Decúbito ventral
- Compressa abdominal morna
- Banho morno para promover o relaxamento
Houve melhora dos sintomas?
Avaliar necessidade, em equipe multidisciplinar, da mãe continuar fazendo dieta pobre em alérgenos
Intervenções comportamentais não farmacológicas no alívio da cólica
Marcar retorno e antecipá-lo, caso haja intercorrências

Monilíase oral

É causada pelo fungo *Candida Albicans*, naturalmente presente na boca. Seu aumento leva ao desenvolvimento da candidíase oral, que se caracteriza pelo aparecimento de placas brancas com aspecto de queijo, exudativas, cremosas, sobre a língua, a mucosa oral, o palato e outras superfícies da cavidade oral.

A candidíase oral acomete adultos e crianças e também pode ser conhecida por **"sapinhos"**. Como consequência, podem surgir a esofagite e suas complicações, como a disfagia, dificuldades com a alimentação do bebê e da criança e odinofagia.

O tratamento recomendado é 1,0 ml de Nistatina Suspensão Oral 100.000UL/ML. O uso é diário, sendo aplicado 4 vezes ao dia, na mucosa oral por sete dias. Deve-se realizar antes a higiene oral com água bicarbonatada, aguardar 10 minutos e, então, aplicar a solução de nistatina, metade em cada região da mucosa oral. Desaparecendo os sintomas, manter esquema por mais 2 dias.

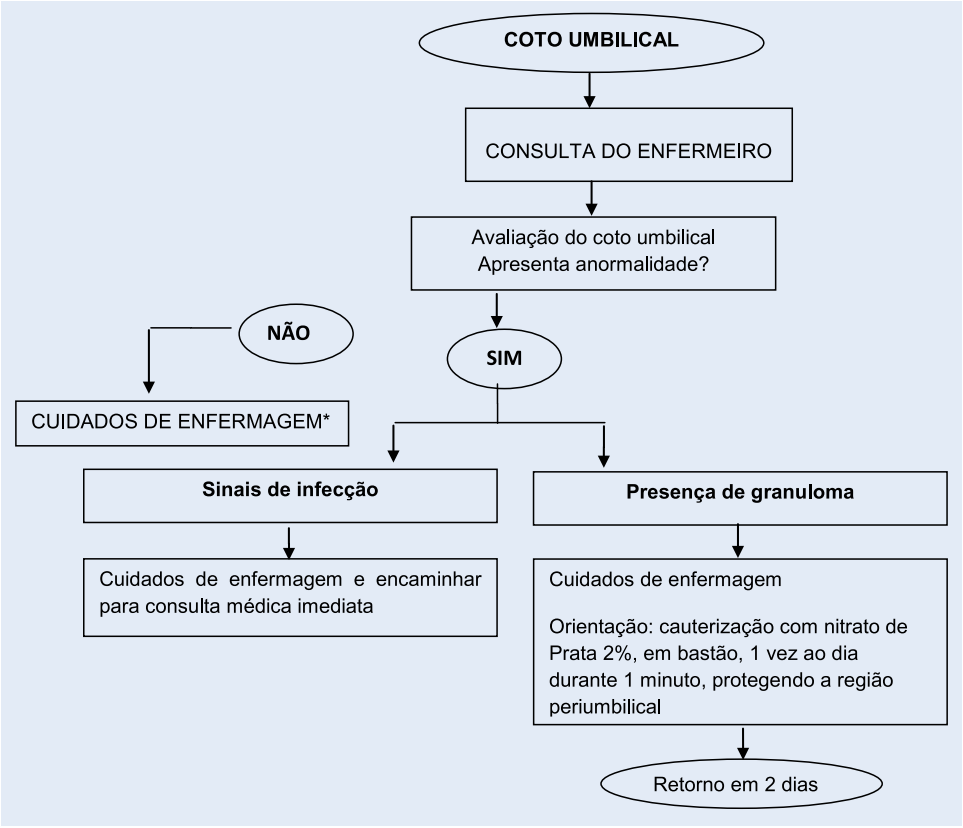


Orientações de enfermagem (COREN-RJ, 2012):

- Limpar as lesões superficiais com solução bicarbonatada: 1 xícara de chá com água (fervida e já fria) e 1 colher de chá de bicarbonato de sódio. Essa higiene oral deve ser feita antes da mamada, assim como do seio materno, antes e após cada oferta ao bebê.
- Remover, quando possível, bicos de mamadeiras, chupetas, mordedores e outros. Caso não seja possível, suspendê-los ou lavá-los com água e sabão e ferver por 15 minutos.
- Evitar beijar a criança próximo aos lábios.
- Lavar sempre as mãos antes e após contato com a criança, antes e após higienizar as mamas.
- Agendar retorno após 2 dias.

Coto umbilical

É a parte do cordão umbilical que fica anexa ao abdome, após o clampeamento e corte do mesmo. Inicialmente apresenta-se gelatinoso e seco, progressivamente, mumificando perto do 3º ou 4º dia de vida e costuma desprender-se do corpo em torno do 6º ao 15º dia. É importante pesquisar a presença de secreções na base do coto umbilical ou de eritema da pele ao redor da implantação umbilical.


COTO UMBILICAL
CONSULTA DO ENFERMEIRO
Avaliação do coto umbilical
Apresenta anormalidade?
NÃO
SIM
CUIDADOS DE ENFERMAGEM*
Sinais de infecção
Presença de granuloma
Cuidados de enfermagem e encaminhar para consulta médica imediata
Cuidados de enfermagem
Orientação: cauterização com nitrato de Prata 2%, em bastão, 1 vez ao dia durante 1 minuto, protegendo a região periumbilical
Retorno em 2 dias

Orientações de enfermagem**:**

- Realizar higiene diária com água e sabão, enxaguar e secar bem.
- Aplicar álcool 70% com cotonete ou gaze limpa após cada troca de fralda e após o banho, no mínimo 3 vezes ao dia.
- Procurar atendimento mediante sinais de infecção (secreção purulenta, odor fétido, vermelhidão na pele ao redor do umbigo).
- Não cobrir o coto umbilical com faixas.
- Não utilizar outros produtos como: pomadas, talcos, moedas etc.

Tosse

As crianças comumente apresentam episódios de tosse no decorrer de seu crescimento e desenvolvimento. A tosse isolada é inespecífica e as possíveis causas da mesma, na maioria das vezes, são diferentes em crianças. Ela é um reflexo fisiológico importante, ajuda a expulsar secreções e partículas aspiradas pelas vias aéreas. Apesar do amplo diagnóstico diferencial para tosse em crianças, são imprescindíveis a identificação da causa e o tratamento adequado.

A tosse aguda geralmente tem um curso menor de duração, em torno de 3 se-

manas, enquanto que a tosse crônica pode variar em um intervalo de 3 a 12 semanas. Grande parte das crianças que apresenta tosse aguda é decorrente de algum resfriado ou infecção viral, logo costuma ser mais autolimitada.

Várias crianças saudáveis tossem diariamente e por várias vezes durante o ano. A criança com infecção viral aguda pode apresentar coriza e espirros, e estudos mostram que a maioria delas em idade pré-escolar continuam tossindo, mesmo após resolução do quadro. Entretanto, a tosse aguda, também, pode estar ligada à infecção das vias aéreas inferiores, bem como alergias ou aspiração de um corpo estranho. E, quando mais raro, pode ser o sintoma de uma patogênese mais grave como fibrose cística ou imunodeficiência primária.

Assim, devem-se realizar uma anamnese (ver quadro abaixo) e exame físico completo e detalhado para se ter um diagnóstico real da situação da criança. A criança deve ser encaminhada com urgência para avaliação pediátrica em casos de sinais de alarme (batimento de asa de nariz, tiragem intercostal, cianose de extremidade e/ou central, baixa saturação de oxigênio, taquidispneia, estertor ou estridor respiratório, queda do estado geral).

Aspectos importantes na anamnese da criança
Natureza da tosse: Intensidade/gravidade, tempo de duração, variabilidade diurna, produção de escarro, sibilo associado, ocorrência durante o sono, sinal de hemoptise
Idade de início
Relação com alimentação/deglutição (chance de aspiração?)
Contato com tuberculose ou HIV
Sintomas crônicos de nariz e ouvido
Fatores de alívio (bronco dilatadores ou antibióticos)
Exposição a alérgenos (fumaça de cigarro, produto químico)
Imunização
História familiar de distúrbios respiratórios crônicos (asma)
Crescimento e desenvolvimento geral

Fonte: Adaptado de Shields MD et al. Guidelines: recommendations for the assessment and management of cough in children. Thorax 2008.

O tratamento, nesses casos de tosse aguda, é voltado, apenas, para os sintomas. Antipiréticos para febre (conforme necessário), ingestão de líquidos, vestir as crianças adequadas ao clima (elas são mais sensíveis às variações térmicas), evitar lugares com aglomeração de pessoas, evitar contato com poluentes e produtos químicos. Os anti-

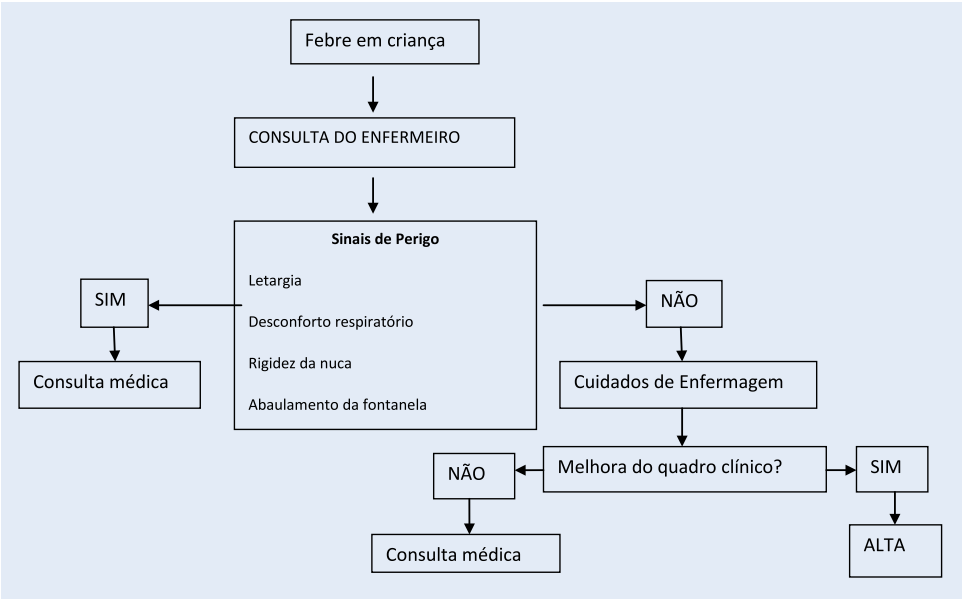
bióticos devem ficar restritos aos sinais de pneumonia, e os broncodilatadores não são eficazes para tosse aguda em crianças sem asma. Assim, o uso de ambos deve conter indicações e prescrições médicas.

A tosse crônica em crianças, muitas vezes, gera preocupações nos pais e pode também perturbar o sono da família, bem como prejudicar o rendimento escolar da criança durante o dia, a realização de exercícios e até mesmo o lazer. Para alguns profissionais, é mais complexo avaliar crianças com tosse crônica, pois pode haver um diagnóstico incorreto (como asma, por exemplo) e, por isso, tratamento incoerente.

O tratamento adequado da tosse crônica em crianças depende de um diagnóstico correto e tratamento coerente. Alguns tratamentos usados para tosse crônica em adultos não são favoráveis em crianças porque as principais causas de tosse crônica em adultos (tosse variante de asma, refluxo gastresofágico e gotejamento pós-nasal) raramente são relevantes em crianças. Por isso, deve-se ter o cuidado, ao avaliar uma criança com tosse,com o manejo correto, sempre alertando para sinais de alerta e histórico da criança.

Febre em crianças

Fluxograma do atendimento de Enfermagem à criança com febre



Orientações de Enfermagem:

- Indicar o uso de antitérmico (paracetamol ou dipirona), ver quadro abaixo.
- Orientar o risco de administração de antitérmicos em intervalos menor de 6 horas.
- Orientar o uso de vestimentas leves.

- Orientar retorno imediato a qualquer sinal de perigo ou piora do quadro, conforme fluxograma acima;
- Orientar retorno em dois dias, se persistir a febre.

Idade ou peso	Paracetamol gts 200mg/ml	Dipirona gts 500mg/ml
	1 gt/ kg/ dose	1 gt/ 2 kg/ dose
2 a 11 meses (6 a 9 kg)	6 a 9	3 a 5
1 a 2 anos (10 a 14 kg)	10 a 14	5 a 7
3 a 4 anos (15 a 19 kg)	15 a 19	8 a 9

Fonte: Protocolo Coren RJ,2012 (Adaptado).

Dor de ouvido

A dor de ouvido é o sintoma mais frequente de otite média. A **otite média aguda** é uma infecção aguda localizada no ouvido médio com início rápido de sinais e sintomas. A **otite média recorrente** é definida quando ocorre por três vezes, em um intervalo de seis meses ou, quando ocorrem quatro eventos, em um período de doze meses.

A otite média tem como fatores de risco: infecção viral ou bacteriana; refluxo gastresofágico; estação do ano; imaturidade e deficiência imunológica; idade, predisposição familiar, amamentação, sexo e raça; ambiente de creche (especialmente se for superlotado) e fumantes passivos; disfunção da tuba auditiva, fenda palatina e fenda palatina submucosa que fazem parte dos fatores anatômicos; hipertrofia e infecções das adenoides.

A ocorrência de otite média aguda antes dos seis meses de vida oferece maior risco de evoluir para otite média recorrente e secretora. O período de maior probabilidade de surgir o primeiro episódio de otite média aguda é entre 6 meses a 17 meses de vida. Há evidências de que a amamentação diminui os riscos de otite média aguda em virtude de certos mecanismos protetores.

As bactérias mais frequentes na otite média aguda são: *Streptococcus pneumoniae, Haemophillus* influenzae e a *Moraxella catarrhalis.*

O diagnóstico deve estar associado à história (exposição à fumaça de cigarro, posição durante mamada, frequência à creche, início dos sintomas, outros tratamentos instituídos e sua adesão) e ao exame físico (inspeção da cabeça e do pescoço com atenção à fenda palatina e palatina submucosa, desvio de septo e Síndrome de Down).

Diagnóstico Diferencial

Otite Média Aguda
Apresenta dor e febre (febre > 39,5°C se acompanhada de bacteremia), irritabilidade, cefaleia, vômitos, anorexia e diarreia. A membrana timpânica visualizada por otoscopia apresenta aumento da vascularização, abaulada, opaca, hiperemiada e com otorreia purulenta. Torna-se difícil a visualização de perfuração de membrana timpânica em detrimento do edema e secreção.

Otite Média Secretora
É silenciosa e assintomática, acompanhada de sensação de orelha entupida e diminuição da audição.
A membrana timpânica visualizada por otoscopia apresenta-se retraída e não há sinais de inflamação. Para avaliação auditiva na otite média secretora são realizados exames audiométricos e impedanciometria. Essa otite pode provocar alterações no desenvolvimento cognitivo e na linguagem, dependendo da idade.

Tratamento

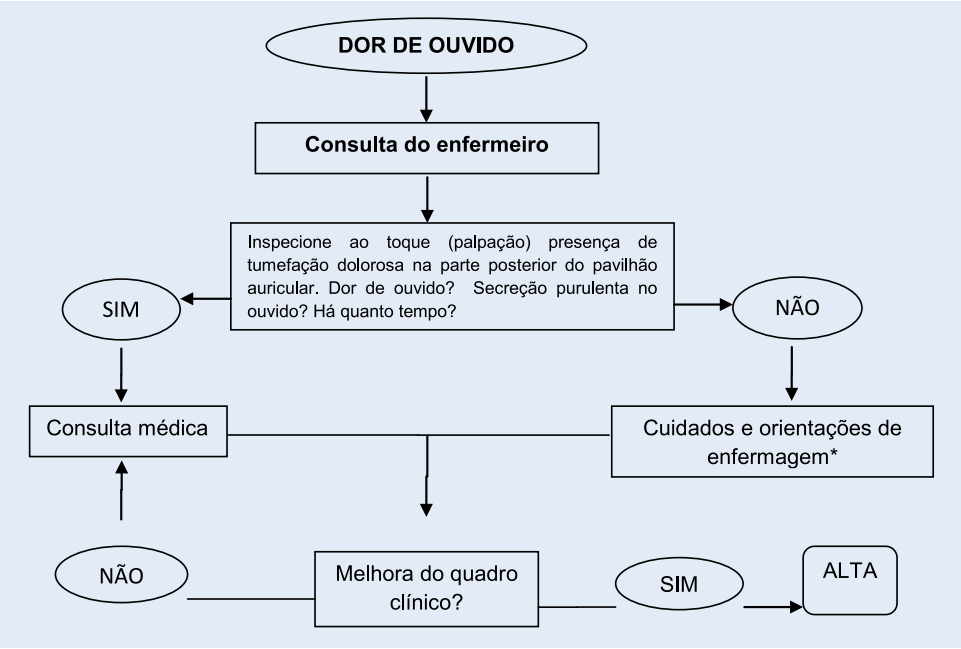
• Otite Média Aguda: em crianças maiores de dois anos, em casos não complicados, recomenda-se a averiguação clínica sem introdução de antibioticoterapia, com ressalvas para que a criança seja monitorada no período de 48-72horas, ocorrendo sintomas.

A Amoxicilina é o fármaco de escolha. Ocorrendo falha terapêutica e objetivando atuar sob *H. influenza* e *M. Catarralis resistentes* administra-se Amoxicilina-Clavulato.

O Ceftriaxone é utilizado em situações em que não houve êxito na cobertura com a Amoxicilina-Clavulato, persistência nos vômitos ou outras causas que inviabilizem a administração oral.

Complicações da otite média aguda: mastoidite (tumefação atrás da orelha dolorosa ao toque); otite média crônica (otorreia persistente por mais de quatro semanas) e efusão persistente (apresentação de coleção serosa por até três semanas).

• Otite Média Recorrente: a análise de aumento de casos de recorrências deve ser avaliada, assim como a dificuldade de tratamento exitoso para a infecção do ouvido médio.


DOR DE OUVIDO
Consulta do enfermeiro
Inspecione ao toque (palpação) presença de tumefação dolorosa na parte posterior do pavilhão auricular. Dor de ouvido? Secreção purulenta no ouvido? Há quanto tempo?
SIM
NÃO
Consulta médica
Cuidados e orientações de enfermagem*
NÃO
Melhora do quadro clínico?
SIM
ALTA

Orientações de enfermagem

- Inspecionar hipertermia e medicar (temperatura > ou = 37,5°C).
- Orientar a secagem do pavilhão auditivo com algodão ou gaze, conforme necessidade e realizar a substituição desses até quando o pavilhão auditivo estiver seco.
- Recomendar o uso de compressa morna e alertar quanto aos cuidados com queimaduras.

Recomendações para um ambiente seguro para dormir (AAP, 2011; MS, 2011)

- Manter o bebê em posição supina (barriga para cima) sempre que for dormir, até que ele complete 1 ano de idade. As posições lateral ou ventral não são seguras e, portanto, não são recomendadas.
- Colocar o bebê para dormir em superfícies firmes. O carrinho e cadeirinhas não são locais seguros para o bebê dormir.
- Levar o bebê para dormir no mesmo quarto dos pais, porém nunca deixar a criança dormir na cama dos pais.
- Não deixar objetos no berço do bebê.
- Evitar a exposição ao cigarro ou ingestão de álcool durante a gestação e após o parto.
- Não superaquecer o bebê. Utilizar apenas uma camada a mais de roupa do que um adulto estiver usando.

Triagens Neonatais

Teste do Pezinho

A coleta de sangue para o teste do pezinho deve ser realizada preferencialmente após 48 horas de vida e até o 5º dia de vida do bebê. As amostras são colhidas nas maternidades e unidades básicas de saúde.

O Brasil encontra-se habilitado por fases de implantação deste programa (Fase I, Fase II, Fase III e Fase IV) e a meta do Governo Federal é que todos os estados habilitem-se na fase IV que corresponde à nova proposta.

A Portaria nº 639, de 19 de junho de 2013, habilita o Estado de Goiás na Fase IV de implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal, Quadro 21 (Diário Oficial da União – Seção 1, nº 117, quinta feira, 20 de junho de 2013).

Quadro 21. Doenças pesquisadas pelo Programa de Triagem Neonatal no Estado de Goiás

Fenilcetonúria	Definição:doença genética caracterizada por um erro do metabolismo (geralmente na enzima fenilalanina hidroxilase) responsável por processar o aminoácido fenilalanina resultando no acúmulo deste aminoácido no sangue.
	Consequências: atraso global do desenvolvimento neuropsicomotor, deficiência mental, comportamento agitado ou padrão autista, convulsões e odor característico na urina.
	Tratamento: restringe-se a uma dieta com baixo teor de fenilalanina para promover o crescimento e desenvolvimento adequados. A dieta é personalizada e calculada segundo a idade, peso e grau de deficiência enzimática. Há também a prescrição de leite especial.
Hipotireoidismo congênito	Definição: deficiência de hormônios tireoidianos.
	Consequências: descompensação de todos os outros processos metabólicos incluindo o crescimento e desenvolvimento mentais. A partir de 4 semanas de vida, essa deficiência pode causar lesões neurológicas.
	Tratamento: Reposição hormonal com levotiroxina.

Anemia falciforme e outras hemoglobinopatias	Definição: hemoglobinopatias decorrentes do defeito estrutural na cadeia Beta da hemoglobina, acarretando alteração físico-química na molécula de hemoglobina e no formato das hemácias (formato de foice) e falta de oxigênio.
	Consequências: os glóbulos vermelhos tomam a forma de meia lua ou foice. A membrana dessas células é alterada, rompe-se facilmente, causando a anemia hemolítica (palidez, icterícia) e, também, tem maior predisposição de aderirem aos vasos sanguíneos, causando obstrução.
	Manifestações clínicas: Crise de dor mais frequente nos ossos e nas articulações, geralmente relacionada a mudanças climáticas, infecções ou desidratação; Icterícia devido à ruptura do glóbulo vermelho e surgimento de um pigmento amarelo no sangue que é a bilirrubina; Síndrome mão-pé inchaço e dor local; Infecções: as crianças são mais susceptíveis e, por isso, devem receber vacinas especiais e, ao primeiro sinal de febre, é imprescindível buscar atendimento qualificado; Sequestro esplênico de sangue no baço (mais frequente em crianças menores de 5 anos) com aumento de volume do baço e palidez repentina; Úlcera de perna que se manifesta a partir da adolescência.
	Tratamento: é realizado com o fármaco Hidroxiureia e uso concomitante do ácido fólico, uma vez que a hidroxiureia produz macrocitose. Medidas gerais da doença falciforme: educação dos familiares e do paciente sobre os principais aspectos da doença; orientação sobre nutrição, hidratação, uso de roupas adequadas à temperatura, exercícios; orientação sobre a importância do acompanhamento regular, imunização adequada, manutenção da profilaxia e realização do esquema vacinal; ensinar a palpar o baço e medir a temperatura; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; suplementação com ácido fólico; realização de exames periódicos; aconselhamento genético e detecção de outros portadores na família.

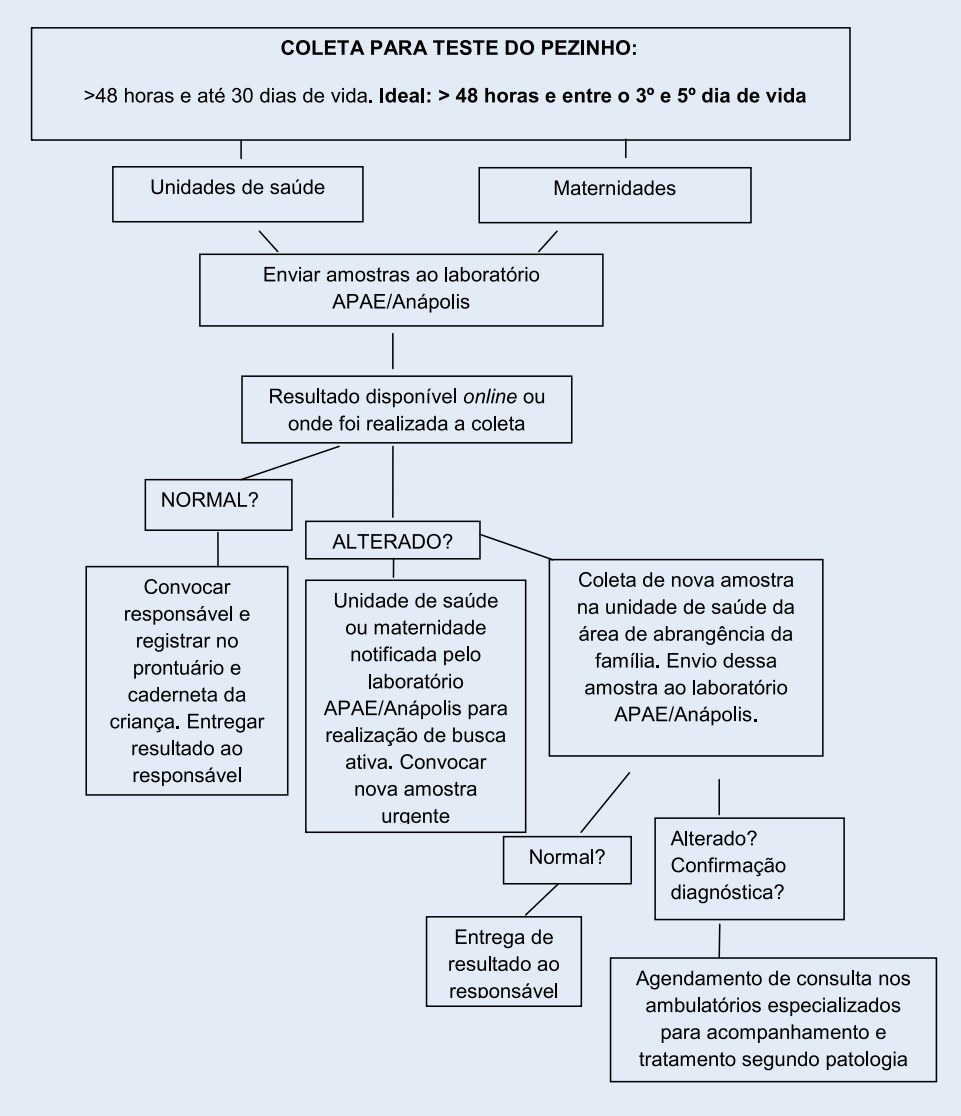
Fibrose cística ou mucoviscidose	Definição: doença hereditária autossômica e recessiva, mais frequente na população branca, manifesta-se em ambos os sexos. Causa alteração no transporte de íons das membranas das células, afetando o muco e as glândulas sudoríparas.
	Consequências: compromete o funcionamento de praticamente todos os órgãos e sistemas, mas afeta principalmente os aparelhos respiratório e gastrointestinal. Nas glândulas sudoríparas, causa a deficiência de reabsorção de cloro que resulta em suor hipertônico. Por isso, as alterações características da doença são suor com concentração de cloreto de sódio acima dos níveis normais (suor salgado), secreções viscosas e espessas, além de maior suscetibilidade a infecções de repetição nas vias aéreas e de colonização crônica por algumas bactérias, especialmente *Pseudomonas aeruginosa*. O muco alterado favorece o bloqueio dos ductos pancreáticos, impedindo que as enzimas cheguem ao intestino auxiliando a absorção das gorduras e proteínas, o que leva o indivíduo à desnutrição, deficiência de vitaminas A, D, E, K, produção de fezes volumosas, gases intestinais, abdome globoso, dor e desconforto. Os recém-nascidos podem apresentar uma obstrução no intestino, chamada ileomeconial, que impede a criança de evacuar. Devido a essas características, a Fibrose Cística é conhecida, também, como mucoviscidose ou doença do beijo salgado.
	Tratamento: dieta hipercalórica e hiperproteica; atentar a reposição de eletrólitos (sódio), a reidratação adequada, sobretudo nos dias mais quentes; suplementação enzimática; reposição das vitaminas lipossolúveis A, D, E, K; inalações diárias com soro fisiológico, broncodilatadores ou mucolíticos; fisioterapia respiratória para facilitar a higiene dos pulmões e evitar infecções; antibióticos nos casos mais graves.

Hiperplasia Adrenal Congênita ou Síndrome Adrenogenital (HAC)	Definição: erro inato do metabolismo do cortisol e em mais de 90% dos casos causada pela deficiência da enzima 21-hidroxilase (D21-OH).
	Consequências: síndromes clínicas da HAC - Forma clássica perdedora de sal: corresponde a forma mais comum da HAC clássica. Há casos em que ocorre a virilização da genitália externa dos recém-nascidos do sexo feminino (aumento do clitóris, fusão labial e formação de seio urogenital), devido ao excesso de andrógenos durante a vida intrauterina. Nos casos dos recém-nascidos do sexo masculino e nos do sexo feminino, nos quais a virilização da genitália externa não foi identificada, como existe a deficiência mineralocorticoide, ocorrerá nos primeiros dias de vida a crise adrenal: depleção de volume, desidratação, hipotensão, hiponatremia e hipercalemia. - Forma clássica não perdedora de sal (virilizante simples): nesse caso há virilização da genitália externa do recém-nascido do sexo feminino. Os recém-nascidos do sexo masculino são identificados mais tarde, visto não ocorrer para essa situação a deficiência mineralocorticoide com repercussão clínica, sendo assim, esses recém-nascidos (do sexo masculino) apresentam sinais de hiperandrogenismo: velocidade de crescimento aumentada, maturação óssea acelerada ou pubarca precoce. - Forma não clássica (de início tardio): em geral as pessoas acometidas pela forma não clássica são assintomáticas, ou quando há manifestações, estas são tardias (na infância ou adolescência). Em virtude da deficiência enzimática no sexo feminino, há o hiperandrogenismo e a apresentação clínica pode ser: aumento do clitóris, pubarca precoce, ciclos menstruais irregulares e hirsutismo. O quadro costuma ser assintomático nos recém-nascidos do sexo masculino.
	Tratamento da forma clássica: usualmente, administra-se glicocorticoide (Prednisolona via oral) e, na adolescência, dá-se preferência à Dexametasona. Tratamento da forma clássica perdedora de sal: reposição mineralocorticoide (Fludrocortisona) em doses assistidas e provável suplementação com Cloreto de Sódio. Tratamento da forma não clássica: para o sexo feminino, usam-se os corticoides, anticoncepcionais hormonais e antiandrogênicos, de forma associada ou isoladamente.

Deficiência da Biotinidase	Definição: falha total ou parcial da enzima biotinidase, que é extremamente importante na cadeia de reações químicas envolvidas na utilização e reutilização da biotina no organismo.
	Consequências: a ausência de tratamento acarreta ataxia, hipotonia, perda auditiva sensorial, deficiência intelectual, problemas respiratórios, convulsões e atrofia ótica.
	Tratamento: reposição da vitamina biotina o mais precoce possível reduz as chances de manifestação dos sintomas da doença e assegura uma vida normal ao recém-nascido.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação-Geral de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Relatório de recomendação da CONITEC – Biotina para o tratamento da Deficiência de Biotinidase, de outubro de 2012.


COLETA PARA TESTE DO PEZINHO:
>48 horas e até 30 dias de vida. Ideal: > 48 horas e entre o 3º e 5º dia de vida
Unidades de saúde
Maternidades
Enviar amostras ao laboratório APAE/Anápolis
Resultado disponível online ou onde foi realizada a coleta
NORMAL?
ALTERADO?
Convocar responsável e registrar no prontuário e caderneta da criança. Entregar resultado ao responsável
Unidade de saúde ou maternidade notificada pelo laboratório APAE/Anápolis para realização de busca ativa. Convocar nova amostra urgente
Coleta de nova amostra na unidade de saúde da área de abrangência da família. Envio dessa amostra ao laboratório APAE/Anápolis.
Normal?
Alterado? Confirmação diagnóstica?
Entrega de resultado ao responsável
Agendamento de consulta nos ambulatórios especializados para acompanhamento e tratamento segundo patologia

Triagem Auditiva Neonatal (Teste da Orelhinha)

A triagem auditiva neonatal é realizada por meio do exame de Emissão Evocada Otoacústica. É um exame simples, rápido e indolor. Coloca-se um pequeno fone na parte externa do ouvido do bebê que permite a produção de um estímulo sonoro e a captação do seu retorno (eco), sendo registrado no computador se as partes internas da orelha (cóclea) estão funcionando. O resultado do exame é emitido na forma de um gráfico. É indicado nos primeiros dias de vida (24-48horas) e, no máximo, no primeiro mês de vida.

Fatores de risco para a surdez

✓ Histórico familiar

✓ Infecção intrauterina (causas: rubéola, citomegalovírus, sífilis, herpes genital ou toxoplasmose)

✓ Peso inferior a 1500g ao nascer

✓ Internação em unidade de terapia intensiva por mais de 5 dias ou que independente do tempo de internação, se submeteram a condições como: ventilação mecânica, uso de drogas Oto tóxicas como antibióticos aminoglicosídeos

✓ Meningite bacteriana

✓ Hiperbilirrubinemia

✓ Anomalias crânio-faciais (deformações que afetam a orelha e o osso temporal).

✓ Apgar menor que 4 no primeiro minuto de vida e menor que 6 no quinto minuto de vida

✓ Tratamento quimioterápico

✓ Traumatismo craniano

✓ Certas síndromes genéticas (Waardenburg, Alport, Pendred, entre outras)

Triagem Visual Neonatal - teste do reflexo vermelho ou teste do olhinho

A Triagem Visual Neonatal foi instituída pela Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, que contempla ações de prevenção e de identificação precoce de deficiência visual.

É um teste rápido, fácil, indolor e não necessita de colírio. O exame é realizado com um oftalmoscópio para facilitar a inspeção ocular. Ao serem atingidos pelo foco de luzes nos olhos, refletirão tons de vermelho, laranja ou amarelo, na presença de retinas saudáveis. Em caso de alteração, o reflexo de luz será esbranquiçado ou não será possível observá-lo.

Ao exame, avalia-se estrabismo, diferenças de grau e patologias como glaucoma, catarata congênita, retinoblastoma, cegueira, traumas de parto e algumas infecções. No caso de prematuros, a avaliação deve ser por mais tempo e sob outros métodos para detectar a retinopatia da prematuridade.

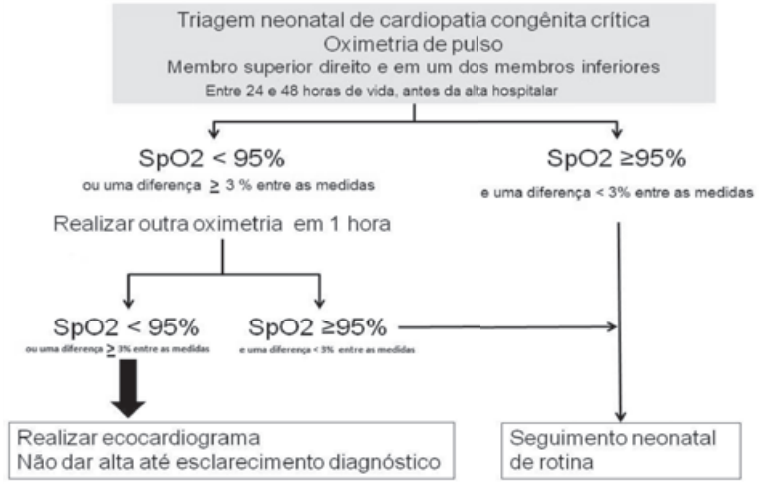
Teste de Oximetria de Pulso - Teste do Coraçãozinho

O teste do Coraçãozinho é recomendado antes da alta hospitalar ou até a primeira semana de vida. Consiste em um exame não invasivo, simples, indolor e rápido realizado com um aparelho chamado oxímetro. Tem o objetivo de identificar manifestação de cardiopatias congênitas.

Para avaliação, encosta-se o sensor do aparelho, na mão direita e em um dos pés do recém-nascido, para efetuar a medida de oxigenação do sangue. O resultado normal

indica nível de oxigenação maior ou igual a 95% nas duas extremidades e diferença menor que 3% entre as medidas do membro superior direito e do membro inferior. Se o resultado for menor que 95% ou houver uma diferença maior ou igual a 3% entre as extremidades, o teste deve ser repetido após 1 hora. Persistindo o resultado alterado, a criança deverá ser submetida a uma ecocardiografia dentro das 24 horas seguintes e receber acompanhamento cardiológico.

Fluxo Teste de Oximetria de Pulso/ Teste do Coraçãozinho


Triagem neonatal de cardiopatia congênita crítica
Oximetria de pulso
Membro superior direito e em um dos membros inferiores
Entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar
SpO2 < 95%
ou uma diferença ≥ 3 % entre as medidas
SpO2 ≥95%
e uma diferença < 3% entre as medidas
Realizar outra oximetria em 1 hora
SpO2 < 95%
SpO2 ≥95%
Realizar ecocardiograma
Não dar alta até esclarecimento diagnóstico
Seguimento neonatal
de rotina

Fonte: Departamentos de Cardiologia e Neonatologia da SBP, 2013.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação- Geral de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Hiperplasia Adrenal Congênita. Portaria SAS/MS nº16, de 15 de janeiro de 2010.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____ Ministério da Saúde. Portaria nº793, de 24 de abril de 2012: Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Anexo:

Diretrizes Brasileiras da Saúde Ocular na Infância: Detecção e Intervenção Precoce para Prevenção de Deficiências Visuais.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Organização Pan-Americana de Saúde. Dez Passos da Alimentação Saudável: orientação para crianças menores de 2 anos. Orientação para a promoção da alimentação saudável para a criança menor de dois anos de idade. Um guia para o profissional de saúde na atenção básica. Brasília – DF. Julho 2002b. 48p.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Organização Pan-Americana de Saúde. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar e Classificar a criança doente de 2 meses a 5 anos de idade. Módulo 2. Brasília – DF. 1999. 124p.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde da Criança. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Atendimento à Criança de 2 meses a menos de 5 anos de idade. Atendimento à Criança de 1 semana a menos de 2 meses idade. Brasília – DF. 1999. 124p.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 28p.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Caderneta de Saúde da Criança. 8ª edição, 2013. 96p. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 76 p.

_____ Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança. Menino. Passaporte da Cidadania. Brasília, 2009.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Minis-

tério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Série Cadernos de Atenção Básica, n.11. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 173. Brasília – DF. 2002a. 100p.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Cartaz Manejo da Diarreia. Janeiro, 2011.

_____ Ministério da Saúde / Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 1.010, de 8 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Brasília. 2006.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2a. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. Protocolos de Enfermagem na atenção primaria à saúde / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral. Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS. COREN-GO. Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás. Goiânia,Goiás, 2010.

DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGIA E NEONATOLOGIA DA SBP. Diagnóstico precoce de cardiopatia congênita: oximetria de pulso como ferramenta de triagem neonatal. Disponível em: <http: //www.sbp.com.br/pdfs/diagnostico-precoce-oximetria.pdf>, acessado em 10 de Junho. 2013.

FIGUEIRAS, Aminas Consuelo et al. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI Organização Pan-Americana da Saúde. Brasil: OPAS, 2005.

LOPEZ, Fabio Ancona; CAMPOS Jr, Dioclécio organizadores Filhos – Da gravidez aos 2 anos de idade. Dos pediatras da Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo: Editora Manole, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à Saúde da Criança. Maria Regina Viana et al. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2004. 224p. http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/Atencao_Saude_Crianca_MG.pdf

PORTARIA SCTIE/MS Nº 34, de 27 de setembro de 2012- Torna pública a decisão de incorporar o medicamento Biotina para o tratamento da Deficiência de Biotinidase no Sistema Único de Saúde (SUS).

PORTARIA Nº 659, de 19 de junho de 2013- Habilita o Estado de Goiás na Fase IV de implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal.

RELATÓRIO DE RECOMENDAÇÃO DA CONITEC – Biotina para o tratamento da Deficiência de Biotinidase, de outubro de 2012.
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Atenção à Saúde da Criança – Protocolo de Enfermagem. São Paulo. Coordenação do Programa de Saúde da Mulher. 2003.
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA. Normas e rotinas para a atenção básica à saúde. Goiânia. Diretoria da rede básica. Gráfica Aliança. 2002.
SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde. / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. – 4. ed. - São Paulo : SMS, 2012.
Básicas de Saúde. / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. Coordenação: Rita de Cássia Silveira. – 4. ed. - São Paulo : SMS, 2012.
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco. 1ª Ed, Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia, 2012. 77p. http://www.sbp.com.br/pdfs/Seguimento_prematuro_oficial.pdf
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco. 1ª Ed, 2012.
TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. Pediatrics, v.128, n.5, p.1030-1039, 2011.
BRODLIE, M.; GRAHAM, C.; MCKEAN, M.C. Tosse em crianças. British Medical Journal Brasil, n. 64, 2013. Disponível em: http://www.grupoa.com.br/revista-bmj/artigo/7016/tosse-em-criancas.aspx
CHANG AB. Pediatric cough: children are not miniature adults. Lung, v.188, suppl 1, p.33-40, 2010.
MARCHANT, J.M. et alWhat is the burden of chronic cough for families? Chest,v.134, p.303-9, 2008
SHIELDS, M.D. et al. Guidelines: recommendations for the assessment and management of cough in children. Thorax, v. 63, suppl 3, p.1-15, 2008.
PAPPAS, D.E. et al. Symptom profile of common colds in school-aged children. Pediatr Infect Dis J, v.27, p.8-11, 2008.
MCKENZIE S. Cough – but is it asthma? Arch Dis Child, v.70, p:1-2,1994.
MUNYARD, P.; BUSH A. How much coughing is normal? Arch Dis Child, v.74, p.531-4. 1996.
HAY AD, WILSON AD. The natural history of acute cough in children aged 0 to 4 years in primary care: a systematic review. Br J Gen Pract, v.52, p.401-9, 2002.

3 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Damiana Aparecida Andrade de Carvalho Moreira[1]
Daniela Alves Cardoso Guadalupe[2]
Márcia Maria de Souza[3]
Maria Aparecida Vieira[4]

Introdução

Adolescência é um fenômeno singular caracterizado por influências socioculturais que vão se concretizando por meio de reformulações constantes de caráter social e cultural, sexual e de gênero, ideológico e vocacional.Constitui o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual, social e esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive (MALAGUTTI, 2009). Essa fase se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social.

A puberdade é um parâmetro universal, ocorre de maneira semelhante em todos os indivíduos e constitui uma parte da adolescência caracterizada, principalmente, pela aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal, evolução da maturação sexual. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

O Ministério da Saúde segue a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que delimita a adolescência como o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade e juventude, como o situado entre 15 e 24 anos. Adota ainda o termo "pessoas jovens" para se referir àquelas com idade entre 10 e 24 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Instituído em 13 de julho de 1990 pela Lei nº 8.069, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que considera adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos de idade e sustenta uma doutrina da proteção integral, prioridade e política de atendimento à criança e ao adolescente. E ainda, reconhece-os como sujeitos sociais, portadores de direitos e garantias próprias, independentes de seus pais e/ou familiares e do próprio Estado.

O ECA preconiza que o adolescente tem direito à saúde, independente de sua

[1]Enfermeira, especialista, Secretaria de Saúde do Estado de Goiás
[2]Enfermeira, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
[3]Enfermeira doutora, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás
[4]Enfermeira, Pontifícia Universidade Católica de Goiás

condição de vida, gênero, classe social, cor, raça ou religião, valorizando seu crescimento e desenvolvimento. Tais direitos estendem-se aos adolescentes em conflito com a lei que cumprem medidas socioeducativas, privados de liberdade (ECA - Lei 8.069/90; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

No Brasil existem várias legislações com limites de idade diferentes para o exercício de direitos: eleitoral, civil, trânsito, penal. No âmbito dos serviços de saúde, diversas situações envolvendo adolescentes podem gerar dúvidas éticas, legais e receios para profissionais de saúde de se prestar atendimento sem um responsável legal por se tratar de adolescentes.

Princípios e diretrizes do atendimento a adolescentes e jovens

A história mostra que, até há pouco tempo, havia uma lacuna em relação à legislação, direitos e deveres dos adolescentes brasileiros. O mesmo acontecia na área da saúde, pois não havia profissionais destinados ao atendimento específico aos adolescentes.

A população de jovens vem crescendo vertiginosamente no Brasil. A estimativa preliminar da população de adolescentes no Brasil, na faixa etária entre 10 e 19 anos é de 34.157.631, sendo 17.284.281, do sexo masculino e 16.873.350, do sexo feminino, correspondendo a 18% da população brasileira (IBGE, 2011).

No estado de Goiás, a população de 10 a 19 anos é de 1.064.548, sendo que de 10 a 14 anos, 520.958 e de 15 a 19 anos, 533.590. Portanto, faz-se necessário preparar os profissionais enfermeiros para assistir com competência a população de adolescentes em suas especificidades e complexidades, inerentes a essa fase da vida.

O Ministério da Saúde, com intuito de dar uma maior visibilidade ao público adolescente e subsidiar os serviços de saúde na atenção integral à saúde dessa população, apresentou a Caderneta de Saúde do (a) adolescente que é um instrumento de apoio aos profissionais para o atendimento ao adolescente visando à autodescoberta e ao autocuidado com foco nos aspectos biológicos, sociais e comportamentais, sobretudo com o conhecimento do seu corpo e as mudanças inerentes dessa importante fase da vida. A caderneta de saúde contempla informações e espaço para registros dos dados pessoais, direitos e deveres, dicas de saúde, alimentação saudável, estatura, desenvolvimento puberal, saúde bucal, higiene corporal, imunização, direitos sexuais e reprodutivos e projeto de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, por parceira entre o Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, o Programa Saúde na Escola (PSE) vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Essa iniciativa

reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado, positivamente, a qualidade de vida dos educandos, principalmente, o que se refere à Saúde Ocular, Saúde Sexual e Reprodutiva, Alimentação Saudável, Saúde Mental, Direitos Humanos e Cultura de Paz (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

O acesso ao serviço de saúde é muito importante, mas, em se tratando de população adolescente e jovem, alguns aspectos devem ser considerados para melhor organização da atenção à saúde como suas necessidades e características específicas e o favorecimento do protagonismo juvenil. os princípios da ética, privacidade, confidencialidade e sigilo são fundamentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

São princípios fundamentais na atenção ao adolescente:

- Ética – a relação profissional de saúde com os adolescentes e jovens deve ser pautada pelos princípios de respeito, autonomia e liberdade, prescritos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelos códigos de ética das diferentes categorias.
- Privacidade – adolescentes e jovens podem ser atendidos sozinhos, caso desejem.
- Confidencialidade e sigilo – adolescentes e jovens devem ter a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem a sua concordância explícita. No entanto, eles devem ser informados sobre as situações que requerem quebra de sigilo, ou seja, sempre que houver risco de vida ou outros riscos relevantes tanto para o cliente quanto para terceiros, a exemplo de situações como abuso sexual, idéia de suicídio, informação de homicídios e outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a,b).

O enfermeiro deve estar qualificado para o acolhimento e classificação de risco na atenção integral do adolescente, nas unidades de saúde, em todas as suas complexidades e especificidades.

Nesse sentido, o grupo técnico composto por enfermeiras de instituições de saúde e educação superior organizou este protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente destinado aos enfermeiros do estado de Goiás.

Foram elencados neste protocolo temas correspondentes à saúde do adolescente que, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, viabilizarão o trabalho desses profissionais para um atendimento organizado e sistematizado podendo instrumentalizá-los no manejo com o adolescente.

Foram trabalhados os seguintes temas: Crescimento e desenvolvimento; Nutrição; Sexualidade e saúde reprodutiva; Saúde bucal; Saúde mental; Atendimento a situações de violência e Atenção quanto ao uso de álcool e outras drogas.

Crescimento e desenvolvimento

O crescimento e desenvolvimento humano acontecem em três diferentes fases – lactância, infância propriamente dita e puberdade. Durante todas essas fases, ocorrem

o crescimento e a maturação (LOURENÇO, QUEIROZ, 2010).

A puberdade, período curto de dois a quatro anos, compõe a adolescência, período entre a infância e a idade adulta e é responsável por intensas modificações do corpo ora infantil para o corpo adulto. É nessa fase da vida que se inicia a capacidade reprodutiva e ocorrerá o fim do crescimento estatural. (COUTINHO, BARROS, 2001).

O crescimento estatural está relacionado à maior secreção dos esteroides sexuais e do hormônio de crescimento (GH), que tem como principal fenômeno o aumento da estatura, influenciado diretamente pelas ações hormonais (glucagon, testosterona, dopamina, alfo-adrernérgicos, serotonina); fatores externos como a alimentação, atividade física e fatores psicossociais. Deve-se observar, também, a presença de ginecomastia puberal (aumento do tecido mamário no sexo masculino), podendo regredir de forma espontânea.

A velocidade de crescimento varia para os sexos, sendo de 10-12 cm/ano para o sexo masculino e 8-10 cm/ano para o sexo feminino e, 2 a 3 kg/ano no peso (SAITO, SILVA, 2001).

As informações pertinentes ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento devem ser registradas na caderneta de saúde do/da adolescente que contempla também a Prancha de Tanner (TANNER, 1962), definida pelo Ministério da Saúde, que permite, portanto, a identificação do estágio de maturação sexual e sua correlação com outros eventos da puberdade, assim como dados antropométricos (peso, altura e IMC).

Na consulta de enfermagem, deve-se fazer a avaliação clínica clássica (anamnese e exame físico) considerando sempre a demanda e aspecto geral do adolescente e as alterações ou fatores de risco para distúrbios do crescimento e desenvolvimento, sejam eles ambientais, sociais, genéticos e físicos (LOURENÇO, QUEIROZ, 2010).

Na anamnese, o enfermeiro deve fazer perguntas variadas sobre menarca/espermarca, atividade sexual, uso de drogas, situação vacinal, dentre outras. Após o exame clínico, serão levantadas as hipóteses diagnósticas e se necessário, solicitar exames. Os exames são hemograma completo, EAS, parasitológico de fezes O enfermeiro deve esclarecer sobre as condutas, fazer orientações gerais e realizar os encaminhamentos necessários para as diversas especialidades.

Embora alterações no período da adolescência não sejam esperadas, podem ocorrer a identificação de alterações do crescimento e desenvolvimento do adolescente, e alterações gonadais, provocada por alterações hormonais, de alimentação, baixas condições socioeconômicas ou até mesmo a identificação de síndromes genéticas (COUTINHO, BARROS, 2001).

No atendimento ao adolescente, o enfermeiro deve exercer a sensibilidade de escuta, estar atento às queixas e dúvidas e proceder a consulta de forma segura. O enfermeiro deve registrar todos os dados referentes ao crescimento e desenvolvimento no

modelo de protocolo do adolescente (OPAS) e caderneta - Anexo 1.

Atendimento ao adolesente em situação de violência

Um número expressivo de casos de violências por causas externas ocorre na faixa etária entre 5 a 19 anos. Mesmo nas situações não fatais, as lesões e traumas físicos, sexuais e emocionais deixam sequelas para toda a vida. Dentre as situações de violência contra adolescentes, as mais comuns são violências físicas, psicológicas, negligência, abuso sexual (com ou sem contato físico), violência intrafamiliar, violência doméstica, trabalho infantil e *bullying* (TOMAZINE, OLIVEIRA, VIEIRA, 2009).

Quando em contato com um caso suspeito de violência contra adolescentes, o enfermeiro deve observar a história compatível com as lesões existentes, relatos discordantes e saber identificar sinais comportamentais de quem está em situação de violência como: isolamento social, carência afetiva, baixa autoestima, regressão a comportamentos infantis, submissão, apatia, dificuldades e problemas escolares, tendência suicida, culpa e autoflagelação além do uso e abuso de substâncias como álcool e outras drogas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, 2010).

A identificação do abuso sexual pode ser realizada mediante o relato da vítima ou um dos responsáveis. É, é importante que seja constatada ou não a existência de lesões genitais ou anais que poderá resultar em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e/ou gravidez. A violência sexual ocorre, na maioria das situações, dentro do próprio domicílio, por familiares próximos, principalmente, contra as meninas.

No caso de negligência, os sinais que devem ser observados são, aspecto de má higiene; roupas não adequadas ao clima local, desnutrição, tratamentos médicos inadequados (não cumprimento do calendário vacinal, não atendimento de recomendações médicas, comparecimento irregular ao acompanhamento de patologias crônicas, internações frequentes), distúrbios de crescimento e desenvolvimento, frequência irregular à escola e escolaridade inadequada à idade (UNICEF, 2011).

Na identificação de casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra adolescentes, o enfermeiro deve acolher com escuta afetiva, atendimento humanizado integral, contínuo e singular, atuando com a equipe multidisciplinar e interinstitucional, realizando encaminhamento para exames de gravidez, prevenção e tratamento de DST/HIV/Aids e Hepatites e inseri-losna Rede de Atenção à Pessoa em Situação de Violência, integrada por: Conselho tutelar, CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializada de Assistência Social), CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), IML (Instituto de Medicina Legal), Delegacias, Juizado da infância e juventude, CEVAM (Centro de Valorização da Mulher), NASF (Núcleo de Apoio da Saúde da Família) e outros. Para que seja realizada a linha de cuidado, no sentido desse (a) adolescente ser acompanhado(a) na integralidade de acordo com

a sua necessidade para que não venha ocorrer a vitimização e ele (a) possa se sentir seguro(a).

A Ficha de Notificação Compulsória de Violências deve ser preenchida e encaminhada ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal.

A Lei Nº 12845/13 dispõe sobre a obrigatoriedade do atendimento integral a pessoas em situação de violência sexual em todas as Unidades de Saúde.

O enfermeiro deve registrar os dados, no modelo de protocolo do adolescente (OPAS) e caderneta - Anexo 1.

Álcool e outras drogas

A utilização de drogas constitui um fenômeno historicamente antigo na evolução humana e representa um grave problema de saúde pública que resulta em várias consequências pessoais e sociais, trazendo transtornos a toda sociedade (YRBS, 2013).

Em todo o mundo, cerca de 200 milhões de pessoas - quase 5% da população entre 15 e 64 anos usam drogas, pelo menos, uma vez por ano e 75% dos países enfrentam problemas com o consumo das drogas (UNODOC, 2010). O consumo de drogas lícitas e ilícitas tem sido observado especialmente na fase da adolescência e juventude e considerado uma das principais causas desencadeadoras de situações de vulnerabilidades e que, aliado à problemática do tráfico, coloca o Brasil e outros países em situação de alerta, pois é considerada uma séria ameaça à estabilidade social (GALDURÓZ, et al. 2004; UNODOC, 2010).

No Brasil, o consumo de drogas entre adolescentes se inicia, geralmente, entre 9 e 14 anos. Em torno de 51,2% dos adolescentes, na faixa etária entre 10 a 12, têm iniciado com bebidas alcoólicas; 11% usaram tabaco; 7,8%, solventes; 2%, ansiolíticos e 1,8%, anfetaminas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; STRAUCH, et al. 2009).

A adolescência é uma fase em que o jovem vivencia descobertas significativas e afirma a personalidade e a individualidade. Nessa fase, o conceito de interação grupal é perceptível, e o adolescente busca pertencer a um grupo com o qual se identifica em que terá a capacidade de influenciar suas ações e fará com que adote atitudes as quais serão a prova de sua aceitação na "tribo" (MONTEIRO, et al. 2012). É nessa fase que os pais "perdem" seu poder de controle sobre os filhos, o grupo de amigos atinge importância social principal e os conflitos familiares atingem o pico, ficando o adolescente exposto a situações de vulnerabilidades (AAP, 2001; FERREIRA, TORGAL, 2010).

A necessidade de acompanhamento tanto por parte da família e equipe multiprofissional aos adolescentes usuários de drogas é de fundamental importância. O enfermeiro deve orientar os pais e/ou responsáveis para se atentar aos principais sinais de alerta, como mudanças de comportamento, isolamento, irritabilidade ou sinais de depressão, desleixo com a aparência, desorientação temporal e espacial, dissociações

cognitivas e emocionais, desaparecimento de objetos e falta ou excesso de dinheiro.

A equipe multidisciplinar deve trabalhar de maneira articulada com outros serviços de saúde para atender à demanda de usuários de álcool e de outras drogas. Dentre esses serviços destacam-se os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), CREAS (Centro de Referência Especializada de Assistência Social) e CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) que objetivam reintegrar o individuo à sociedade, reduzindo os danos e os riscos causados pelo uso das drogas.

O profissional enfermeiro deve atuar, de maneira interdisciplinar e intersetorial, sensibilizando os adolescentes e orientando as famílias para as causas e consequências do problema, num entendimento biopsicossocial para prevenção, enfrentamento, assistência e encaminhamento dos casos. O enfermeiro deve registrar os dados, no modelo de protocolo do adolescente (OPAS) e caderneta - Anexo 1.

Nutrição

É na adolescência que são formados o perfil ou padrão dos hábitos alimentares que normalmente se propagam pela vida adulta e influenciam a saúde dos indivíduos e, quando inadequados, causam distúrbios ou transtornos (WILLET, 2008).

Transtornos alimentares constituem, portanto, um conjunto de doenças capazes de afetar o desenvolvimento biológico, psicológico e social. Com o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares, podem elevar as taxas de morbimortalidade, afetando a qualidade e expectativa de vida (CORDAS, 2004; WHO, 2004; CIMADON, GEREMIA, PELLANDA, 2010; WILLET, 2008).

Como principais transtornos destacam-se a obesidade, anorexia, bulimia nervosa e compulsão alimentar sem purgação e desnutrição (IBGE, 2010). São encontrados outros transtornos como perda do apetite, hiperfagia de origem psicogênica e vômitos associados a distúrbios psicológicos, podendo influenciar sobremaneira nas mudanças de hábitos alimentares, como a substituição de alimentos tradicionais ricos em vitaminas e nutrientes por alimentos de baixo conteúdo nutricional e alto valor energético e, também, na busca em se enquadrar nos padrões de beleza atuais (NUNES, VASCONCELOS, 2010; SALVATTI, 2011; São Paulo, 2006). Considerando que, atualmente, a obesidade e o sobrepeso constituem um problema de saúde pública mundial que tem início marcante na fase da adolescência.

A partir da "Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil", observou-se que a curva de crescimento de adolescentes é inferior ao padrão internacional que há uma tendência significativa de redução das taxas de desnutrição em adolescentes e um aumento considerável do sobrepeso e da obesidade para ambos os sexos. Na região Centro-O-

este, a principal problemática foi o excesso de peso, atingindo aproximadamente 20% da população estudada, tendência, também, observada nas regiõesSudeste e Sul (IBGE, 2010).

É imprescindível a atenção especial dos profissionais da saúde e da enfermagem na identificação dos principais transtornos alimentares na fase da adolescência, reconhecendo-os como um grave problema de saúde pública. O enfermeiro tem função primordial no acompanhamento e diagnóstico de padrões alimentares desregulados e deve, em suas avaliações, sejam individuais, sejam familiares, observar esses comportamentos, fazer orientações, identificar distúrbios e solicitar acompanhamento da equipe multidisciplinar, como nutricionista e psicólogo, além de intervenções junto à família para reeducação alimentar.

O monitoramento nutricional é realizado pelo cálculo direto do IMC/idade, por meio da fórmula: IMC=Peso (kg) ÷ altura^2 (m). O enfermeiro deve registrar todos os dados referentes à situação nutricional, no modelo de protocolo do adolescente (OPAS) e caderneta - Anexo 1.

Saúde bucal

Problemas bucais podem influenciar na saúde geral, causando dor, infecção, halitose, dificuldade em falar ou mastigar, ocasionando constrangimentos interferindo nos estudos, no trabalho e na vida social dos adolescentes (BARROS, 2007).

A manutenção da saúde bucal dos adolescentes tem grande importância nesse período, pois acontece a erupção da maioria dos elementos dentais permanentes, de maior risco à cárie e às doenças periodontais.

Os lábios, bochechas, língua, glândulas salivares, dentes e gengiva fazem parte do órgão denominado boca. Além de ser importante para a alimentação, está associada fundamentalmente ao processo de socialização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Nessa fase, os adolescentes já devem ser responsáveis pelo seu autocuidado, embora seja tarefa também dos profissionais de saúde orientar quanto à promoção e manutenção da saúde bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Enfatizando sobre a importância de se tornarem ativamente participantes nas decisões pertinentes aos cuidados de sua saúde, contribuindo para sua autonomia.

Alguns comportamentos, também, podem influenciar na saúde bucal, como o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas as quais podem causar mauhálito, câncer bucal, manchas nos dentes ou doença periodontal. O hábito de usar *piercing* na boca, comum na adolescência, pode ocasionar complicações como infecções, edema da língua, sangramento incontrolável e dificuldade em mastigar, falar ou engolir (SCHNEID, 2007).

A caderneta de saúde do adolescente contempla informações para promoção da

saúde bucal, incluindo a escovação com pasta fluoretada, o uso do fio dental, a alimentação balanceada e nas horas certas e as consultas periódicas ao odontólogo, além do odontograma (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

As informações pertinentes à saúde bucal deverão ser registradas no formulário-padronizado, protocolo do adolescente (OPAS) e caderneta - Anexo 1.

Saúde mental

O Ministério da Saúde apresenta dados de que cerca de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofrem de transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Dentre os problemas mais prevalentes, destacam-se os de natureza comportamental (autismo, síndrome de Rett, síndrome de Asperger, espectro autista), transtornos do déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de ansiedade de separação, transtorno de ansiedade generalizada, depressão, esquizofrenia, anorexia, bulimia, transtornos pelo uso abusivo de álcool, tabaco e drogas ilícitas (FEITOSA et al, 2011; MENEZES, MELO, 2010).

A Portaria GM/1.608 de 2004 estabelece as principais diretrizes que devem orientar os serviços de saúde mental ofertados a essas populações, dentre elas: o acolhimento humanizado e baseado na responsabilização pelo cuidado, devendo os serviços agenciar o cuidado, bem como estabelecer uma rede ampliada de atenção, escutando e comprometendo os responsáveis pelo adolescente a ser cuidado no processo de atenção.

É princípio fundamental que toda e qualquer ação voltada para saúde mental de crianças e adolescentes esteja pautada na intersetoralidade como educação, saúde, ação social, cultura, esportes, cidadania, direitos humanos e justiça (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A Política Nacional de Saúde Mental estabelece que o atendimento ao adolescente que sofre psiquicamente deve ser realizado preferencialmente nos dispositivos de atenção psicossocial, como o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). No entanto, muitas vezes o diagnóstico inicial do adolescente portador de um agravo mental será realizado na atenção básica, sendo que os profissionais desses serviços devem ser capazes de avaliar o adolescente de forma coerente. Quando encontradas alterações importantes, o profissional deve avaliar e discutir com a equipe de referência em Saúde Mental um plano terapêutico com a corresponsabilidade das instâncias sociais que envolvem aquele cenário, e se necessário, a necessidade de um encaminhamento ao atendimento ambulatorial (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, 2010).

Os profissionais devem avaliar o adolescente na integralidade. Adolescente: sintomas (qualidade, duração, etc.), fatores do desenvolvimento, alimentação, sono, atividades de lazer, escola, histórico clínico, desenvolvimento físico motor, visão, audição,

cognitivo, linguagem, aspectos psicológicos. A família: histórico; dinâmica de funcionamento, qualidade das relações interpessoais, recursos pessoais no cuidado, situação socioeconômica, condições de moradia, organização para desempenhar as funções de cuidado, como compreende a escola e seu papel. O território (escola): manter contato com o professor e coordenador pedagógico para identificar como a escola compreende o adolescente e quais os recursos presentes ali para atender a ele. Fatores de risco: violência doméstica, tentativa de suicídio, instabilidade/escassez de vínculos afetivos significativos, histórico de abuso de substâncias psicoativas, história familiar (CUNHA, 2011). O enfermeiro ao realizar atendimento, deve registrar os dados, no modelo de protocolo do adolescente (OPAS) e caderneta - Anexo 1.

Sexualidade e saúde reprodutiva

A sexualidade é um fenômeno intrínseco do desenvolvimento humano, constituída de elementos fisiológicos, históricos, culturais, religiosos, políticos e principalmente familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a). Pode ser expressa pelo afeto, prazer, emoção, influenciando a vida de todos, é percebida desde o período fetal e se intensifica na puberdade, com o desenvolvimento gonadal, com a capacidade reprodutiva e com o prazer (HOFFMANN, ZAMPIERI, 2009).

Sendo uma das dimensões mais importantes e de relevância para a conformação do indivíduo, a sexualidade não pode ser, apenas, confundida com o ato sexual e prazer, deve ser reconhecida como um fenômeno amplo, abrangente que se manifesta em todas as fases da vida humana (TAQUETE, 2008; QUEIROS, 2012).

O adolescente busca prazer nas relações e o sexo é uma forma de expressão, bem-estar e talvez uma das primeiras manifestações de inserção no universo adulto (BESERRA, PINHEIRO, ALVES et al. 2008). Na adolescência, a intensificação da sexualidade é esperada, e as várias condições de vulnerabilidade como o sexo desprotegido, associado ou não ao uso de drogas têm levado à contaminação por Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), especialmente, a Aids (WHO, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), aliada a questão do início da atividade sexual precoce sem conhecimentos quanto à proteção/prevenção e contracepção, fenômeno ainda bastante comum, nessa fase da vida, que resulta numa gravidez precoce não planejada, pois, de acordo com Ministério da Saúde e SES/GO, 2011, 19% dos partos ocorridos são de adolescentes.

Estima-se que existam cinco milhões de adolescentes e jovens infectados pelo HIV no mundo representando, aproximadamente 15%, de todos os casos notificados (UNICEF, 2011), o que demonstra a tendência de juvenilização da epidemia, acomete pessoas de baixa renda e na faixa etária de 13 a 19 anos. (TAQUETTE, MATOS, RODRIGUES et al., 2011; TAQUETTE, MEIRELLES, 2012). Além do HIV/Aids, a Organização Mundial de Saúde estima que há mais de 340 milhões de casos novos de

DST curáveis entre indivíduos com 15 a 49 anos em todo o mundo (WHO, 2007). No Brasil, as DST estão entre as 5 mais frequentes causas de procura dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Portanto, é relevante explorar a temática sexualidade com o público adolescente. Nesse sentido, o enfermeiro deve trabalhar a educação sexual de qualidade o mais cedo possível, em parceria com os profissionais da área da educação no PSE (Programa Saúde na Escola), sobretudo com a participação da família viabilizando o início da vida sexual de forma segura, saudável e prazerosa, assim, é fundamental que essas instituições adotem posturas acolhedoras e respeitosas no atendimento ao adolescente (CAMARGO, BOTELHO, 2007; OLIVEIRA, 2013).

O principal enfoque do profissional enfermeiro com o público adolescente é a prevenção e a orientação. Será durante a consulta de enfermagem que situações de vulnerabilidades que podem acometer a saúde sexual e reprodutiva e possibilitarão traçar um plano de cuidado conjuntamente. É importante que o enfermeiro oriente os adolescentes na busca por informações e disponibilize os métodos de barreira como o preservativo masculino.

Para o atendimento e manejo clínico sindrômico das DST, o enfermeiro deve se basear/consultar o manual de controle das DST (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Registrar os dados, no modelo de protocolo do adolescente (OPAS). Anexo 1.

Anexo 1. Protocolo OPAS e Caderneta do Adolescente



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE | INSTITUIÇÃO

NOME E SOBRENOME _____

ENDEREÇO _____

CIDADE _____ TEL _____ ☐ casa ☐ recados

DATA DE NASCIMENTO: DIA | MÊS | ANO

SEXO F ☐ M ☐

Saúde da Família

AVALIAÇÃO CLÍNICO/PSICOSSOCIAL DO ADOLESCENTE

ANTECEDENTES PESSOAIS

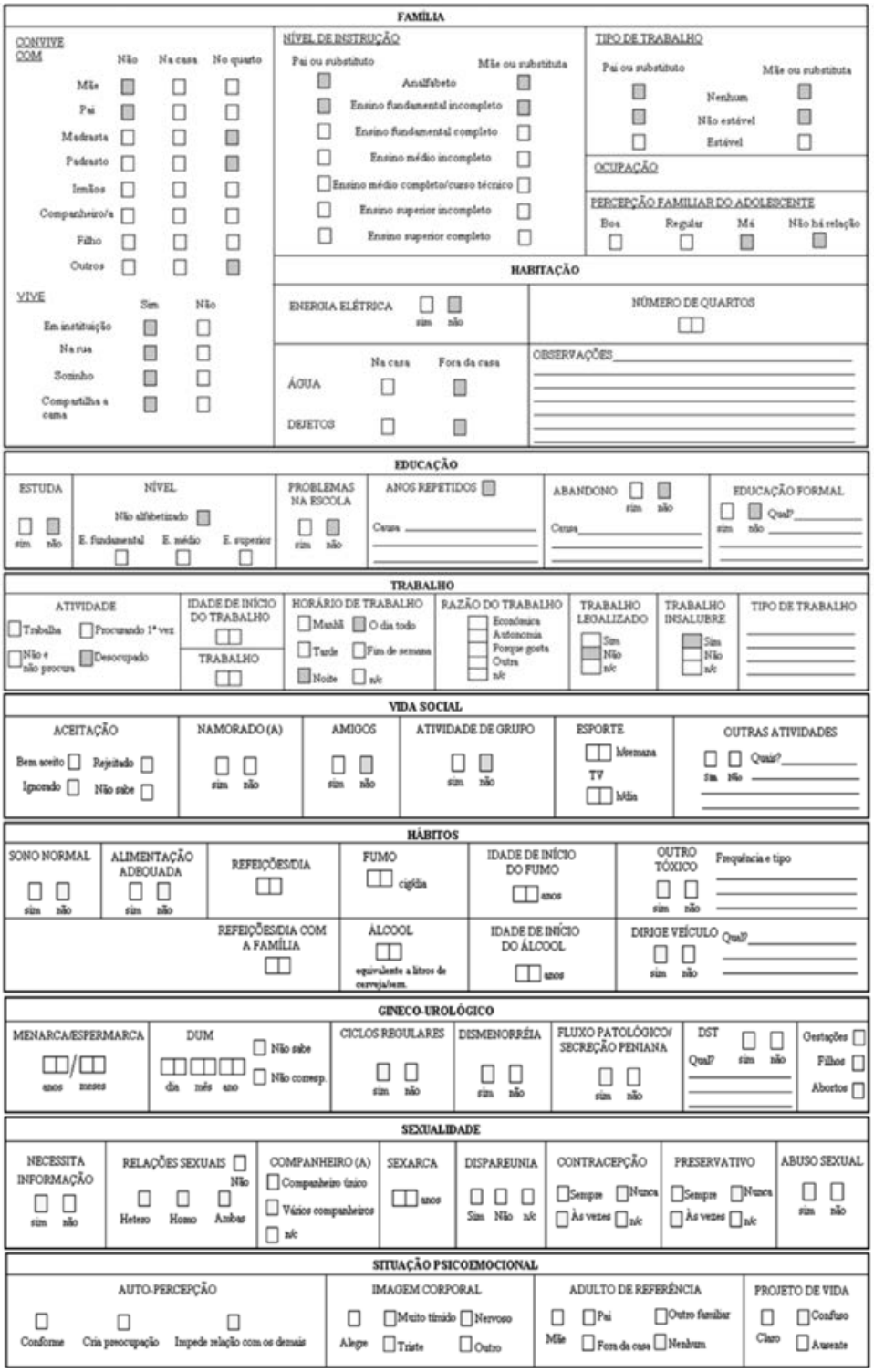
PERINATAIS normais	CRESCIMENTO normais	DESENVOLVIMENTO normais	VACINAS COMPLETAS	DOENÇAS CRÔNICAS	DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS	OBSERVAÇÕES
sim ☐ não ☐	sim ☐ não ☐	sim ☐ não ☐	sim ☐ não ☐	sim ☐ não ☐	sim ☐ não ☐	

ACIDENTES INTOXICAÇÃO	CIRURGIA HOSPITALIZAÇÃO	USO DE MEDICAMENTOS/ SUBSTÂNCIAS	TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS	MALTRATO	JUDICIAIS	OUTROS
sim ☐ não ☐	sim ☐ não ☐	sim ☐ não ☐	sim ☐ não ☐	sim ☐ não ☐	sim ☐ não ☐	sim ☐ não ☐

ANTECEDENTES FAMILIARES

DIABETES	OBESIDADE	CARDIOVASCULAR (HTA, cardiopatia, etc)	ALERGIA	INFECÇÕES (TBC, HIV, etc)	TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS	OBSERVAÇÕES
sim ☐ não ☐	sim ☐ não ☐	sim ☐ não ☐	sim ☐ não ☐	sim ☐ não ☐	sim ☐ não ☐	

ÁLCOOL/DROGAS	VIOLÊNCIA INTRA-FAMILIAR	MÃE ADOLESCENTE	JUDICIAIS	OUTROS
sim ☐ não ☐	sim ☐ não ☐	sim ☐ não ☐	sim ☐ não ☐	sim ☐ não ☐



FAMÍLIA

CONVIVE COM — Não / Na casa / No quarto
- Mãe
- Pai
- Madrasta
- Padrasto
- Irmãos
- Companheiro/a
- Filho
- Outros

VIVE — Sim / Não
- Em instituição
- Na rua
- Sozinho
- Compartilha a cama

NÍVEL DE INSTRUÇÃO — Pai ou substituto / Mãe ou substituta
- Analfabeto
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo/curso técnico
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo

TIPO DE TRABALHO — Pai ou substituto / Mãe ou substituta
- Nenhum
- Não estável
- Estável

OCUPAÇÃO

PERCEPÇÃO FAMILIAR DO ADOLESCENTE — Bom / Regular / Má / Não há relação

HABITAÇÃO

ENERGIA ELÉTRICA — sim / não

NÚMERO DE QUARTOS

	Na casa	Fora da casa
ÁGUA		
DEJETOS		

OBSERVAÇÕES

EDUCAÇÃO

ESTUDA — sim / não

NÍVEL — Não alfabetizado / E. fundamental / E. médio / E. superior

PROBLEMAS NA ESCOLA — sim / não

ANOS REPETIDOS — Causa

ABANDONO — sim / não — Causa

EDUCAÇÃO FORMAL — sim / não — Qual?

TRABALHO

ATIVIDADE — Trabalha / Procurando 1ª vez / Não e não procura / Desocupado

IDADE DE INÍCIO DO TRABALHO

TRABALHO

HORÁRIO DE TRABALHO — Manhã / O dia todo / Tarde / Fim de semana / Noite / n/c

RAZÃO DO TRABALHO — Econômica / Autonomia / Porque gosta / Outra / n/c

TRABALHO LEGALIZADO — Sim / Não / n/c

TRABALHO INSALUBRE — Sim / Não / n/c

TIPO DE TRABALHO

VIDA SOCIAL

ACEITAÇÃO — Bem aceito / Rejeitado / Ignorado / Não sabe

NAMORADO (A) — sim / não

AMIGOS — sim / não

ATIVIDADE DE GRUPO — sim / não

ESPORTE — h/semana

TV — h/dia

OUTRAS ATIVIDADES — sim / não — Quais?

HÁBITOS

SONO NORMAL — sim / não

ALIMENTAÇÃO ADEQUADA — sim / não

REFEIÇÕES/DIA

REFEIÇÕES/DIA COM A FAMÍLIA

FUMO — cig/dia

ÁLCOOL — equivalente a litros de cerveja/sem.

IDADE DE INÍCIO DO FUMO — anos

IDADE DE INÍCIO DO ÁLCOOL — anos

OUTRO TÓXICO — sim / não — Frequência e tipo

DIRIGE VEÍCULO — sim / não — Qual?

GINECO-UROLÓGICO

MENARCA/ESPERMARCA — anos / meses

DUM — dia / mês / ano — Não sabe / Não consp.

CICLOS REGULARES — sim / não

DISMENORRÉIA — sim / não

FLUXO PATOLÓGICO/ SECREÇÃO PENIANA — sim / não

DST — Qual? — sim / não

Gestações

Filhos

Abortos

SEXUALIDADE

NECESSITA INFORMAÇÃO — sim / não

RELAÇÕES SEXUAIS — Não — Hetero / Homo / Ambas

COMPANHEIRO (A)
- Companheiro único
- Vários companheiros
- n/c

SEXARCA — anos

DISPAREUNIA — Sim / Não / n/c

CONTRACEPÇÃO
- Sempre / Nunca
- Às vezes / n/c

PRESERVATIVO
- Sempre / Nunca
- Às vezes / n/c

ABUSO SEXUAL — sim / não

SITUAÇÃO PSICOEMOCIONAL

AUTO-PERCEPÇÃO — Conforme / Cria preocupação / Impede relação com os demais

IMAGEM CORPORAL — Alegre / Muito tímido / Nervoso / Triste / Outro

ADULTO DE REFERÊNCIA — Mãe / Pai / Fora da casa / Outro familiar / Nenhum

PROJETO DE VIDA — Claro / Confuso / Ausente

EXAME FÍSICO

ASPECTO GERAL ☐ Normal ☐ Anormal	PESO ☐☐kg IMC ☐☐ ALTURA ☐☐☐cm	PELE E ANEXOS ☐ Normal ☐ Anormal	CABEÇA ☐ Normal ☐ Anormal	ACUIDADE VISUAL ☐ Normal ☐ Anormal	ACUIDADE AUDITIVA ☐ Normal ☐ Anormal	BOCA E DENTES ☐ Normal ☐ Anormal	PESCOÇO E TIRÓIDES ☐ Normal ☐ Anormal	TÓRAX E MAMAS ☐ Normal ☐ Anormal
CARDIO-VASCULAR ☐ Normal ☐ Anormal	PRESSÃO ARTERIAL ☐☐☐/☐☐☐ FREQ. CARDÍACA ☐☐☐bat/min	ABDOME ☐ Normal ☐ Anormal	GENITO-URINÁRIO ☐ Normal ☐ Anormal	TANNER ☐ mamas ☐ pêlos pubianos ☐ genitais	VOLUME TESTICULAR ☐☐/☐☐ Dir. cm3 Esq.	COLUNA ☐ Normal ☐ Anormal	EXTREMIDADES ☐ Normal ☐ Anormal	NEUROLÓGICO ☐ Normal ☐ Anormal

OBSERVAÇÕES _____

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA INTEGRAL _____

INDICAÇÕES DE CONSULTAS EXTERNAS _____

RESPONSÁVEL _____ DATA _____

Qual assunto você gostaria que a escola trabalhasse em conjunto com a saúde?

_____

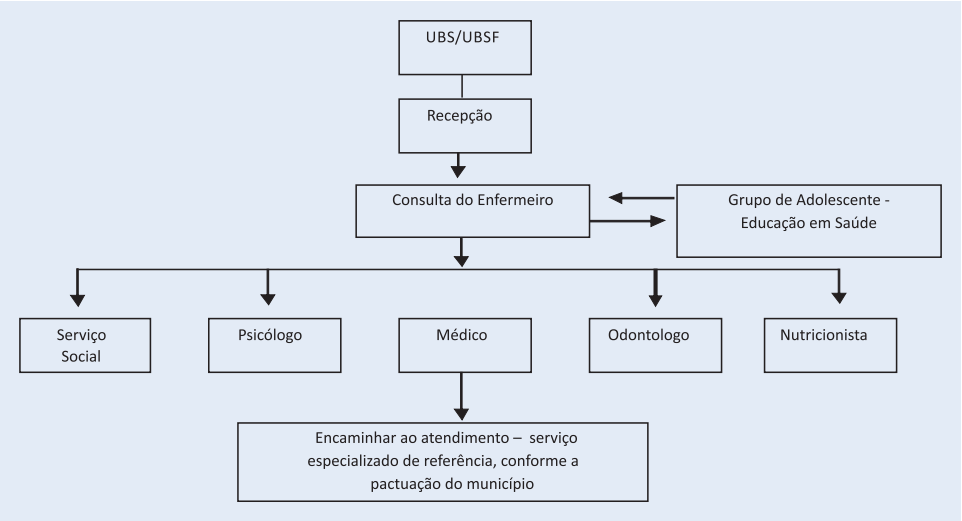
_____

_____





Anexo 2. Fluxograma de atendimento ao adolescente



(*) Unidade Básica de Saúde / Unidade Básica de Saúde da Família

Anexo 3. Recepção

1. Interrogar o acompanhante do adolescente se tem a caderneta do adolescente.
2. Providenciar junto à SES a caderneta e preenchê-la.

3. Preencher o prontuário ou formulário próprio da UBS com os dados pessoais e endereço do adolescente.

Anexo 4. Consulta do Enfermeiro

Ver Protocolo OPAS e ofertar a caderneta do adolescente (Anexo I).

Anexo 5. Atuação do Enfermeiro em Educação Saúde no âmbito da atenção primária em Saúde e Programa Saúde na Escola

1. Desenvolver junto à unidade e Agente Comunitário de Saúde a captação precoce da população de adolescente.
2. Registrar as interpretações das informações obtidas do adolescente.
3. Fazer a busca de fatores de eventuais deficiências encontradas no atendimento.
4. Garantir a manutenção das atividades de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, possibilitando a correção de fatores capazes de comprometê-los.
5. Organizar todas as informações contidas no formulário da Unidade Básicas de Saúde e protocolo OPAS para o referido acompanhamento do adolescente.
6. Estabelecer um conteúdo padronizado para atividades relativas ao adolescente, junto à equipe multidisciplinar, assim, toda ação educativa deve persistir em objetivos,

com conhecimentos sobre as condições de saúde do adolescente.

Essas atividades são:

- Atendimento ao adolescente quanto a crescimento e desenvolvimento
- Situação de violência
- Álcool e outras drogas
- Nutrição
- Saúde bucal
- Saúde mental
- Sexualidade e saúde reprodutiva

Referência

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro (Brasil): IBGE; 2011.270p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Brasília, 2008a.

_____ Secretaria de atenção à saúde. Área técnica de saúde do adolescente. Programa Saúde na Escola. Brasília, 2008b.

_____ Secretaria de Atenção em Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, 2010a.

_____ Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem Saúde. Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília, 2010b.

_____ Secretaria deAtenção àSaúde. Departamento de ações programáticas estratégias. Caderneta de saúde do adolescente. Brasília, 2012, 2ª ed. 1ª reimpressão.

MALAGUTTI, W; BERGO, A.M.A. Adolescentes: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo, Ed. Martinari, 1ª ed. 2009.

Lei N. 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União (Brasília). 16 jul 1990.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ. L.B. Growth and puberal development in adolescence. Rev Med (São Paulo), v. 89, n.2, p.70-5, 2010.

TANNER, J.M. Grow that Adolescence. 2 ed. Oxford: Blackwell, 1962.

COUTINHO, M.F.G; BARROS, R.R. Adolescência: uma abordagem prática. São Paulo: Editora Atheneu, 2001: p.17-31.

SAITO, M.I; SILVA, L.E.V. Adolescência: prevenção e risco/coordenadores: São Paulo; Editora Atheneu, 2001, p. 41-58.

THOMAZIME, A.M, OLIVEIRA, B.R.G, VIEIRA, C.S. Atenção a crianças e adoles-

centes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. Rev. Eletr. Enf. 2009;11(4):830-40.
Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de atenção às vítimas de violência sexual do Município de Florianópolis. Florianópolis, Santa Catarina: Ed. Copiart, 2010.
UNICEF. Protocolo de atenção integral a crianças e adolescentes vítimas de violência: uma abordagem multidisciplinar em saúde. Brasília, DF: Unicef, 2011.
AMERICAN ACADEMY of PEDIATRICS. Committee on substance abuse tobacco's toll. Implications for the pediatrician. Pediatrics 2001; 107(4): 794-8
FERREIRA, MMSRS; TORGAL. Consumo de tabaco e de álcool na adolescência. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, 2010; 18(2), 123-9.
GALDURÓZ, JCF; NOTO, AR; FONSECA AM; CARLINI, EA. V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID); 2004.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Ministério da Saúde, 60, p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2007.
MONTEIRO, CFDS; ARAÚJO, TME; SOUSA, CMM; MARTINS, MCC; SILVA, LLL. Adolescentes e uso de drogas ilícitas: um estudo transversal. Rev. Enferm. UERJ. 2012;20(3):344-8.
STRAUCH, ES; PINHEIRO, RT; SILVA, RA; HORTA, BL. Uso do álcool por adolescentes: estudo de base populacional. Rev Saúde Pub. 2009;43(4):647-55.
YOUTH RISK BEHAVIOR SURVEY – YRBS. Trends in the Prevalence of Alcool Use National YRBS: 1991-2007. Disponível em http://www.cdc.gov/yrbss. Acesso em: 22/05/2013.
UNITED NATIONS OFFICE on DRUGS and CRIME. Mundial sobre Drogas, 2010. Brasília: UNODC Brasil e Cone Sul, 2010. Disponível em: http://www.unodc.org/brazil/pt/prevencao-drogas.html. Acesso em: 09/06/2013.
CIMADON, H.M.S, GEREMIA, R., PELLANDA, L.C. Dietary habits and risk factors for atherosclerosis in students from Bento Gonçalves. Arq Bras Cardiol., v.95, n.2, p:166-72, 2010.
CORDAS TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. Rev de Psiquiatria Clínica2004; 31(4): 154-157.
IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
NUNES, A.L, VASCONCELOS, F.A.G. Transtornos alimentares na visão de meninas

adolescentes de Florianópolis: uma abordagem fenomenológica. Ciênc. saúde coletiva. 2010;15(2): 539-50.

SALVATTI, A.G, ESCRIVAO, M.A.M.S, TADDEI, J.A.A.C, BRACCO, M.M. Padrões alimentares de adolescentes na cidade de São Paulo. Rev. Nutr., v.24, n.5, p.703-13, 2011.

WILLET, W.C. Overview and perspective in human nutrition. Asia Pac J Clin Nutr. 2008; 17(S1):1-4.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Fight childhood obesity to help prevent diabetes, 2004.

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Manual de atenção à saúde do adolescente. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006.

MINISTÉRIODASAÚDE. Secretaria deAtenção àSaúde. Saúde integraldeadolescentesejovens:orientaçõesparaaorganizaçãodeserviçosdesaúde. Brasília, 2005. Série Normas eManuaisTécnicos.

_____ Secretaria deAtenção àSaúde. Caderneta de saúde do adolescente. Departamento de ações programáticas estratégias. Brasília, 2012, 2ª ed. 1ª reimpressão.

MINASGERAIS.SecretariadeEstadodeSaúde.Atençãoàsaúdedoadolescente:BeloHorizonte: SAS/MG,2006.p.75-79.

BARROS,ClaudiaMárciaSantosBarros(coord.)Manualtécnicodeeducaçãoemsaúdebucal.Riode Janeiro: SESC, DepartamentoNacional,2007.p.53-55.

SCHNEID, JL; BERZOINI, LP; FLORES, O; CORDON, JAP. Práticas de enfermagem na promoção de saúde bucal no hospital do município de Dianópolis-TO. Com. Ciências Saúde. 2007;18(4):297-306.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

FEITOSA, H.N; RICOU, M.; REGO, S.; NUNES, R. A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. Rev. Bioét., v.9, n.1, p.259 -75, 2011.

MENEZES TT, MELO VJ. O pediatra e a percepção dos transtornos mentais na infância e adolescência. Adolescência & Saúde, v.7, n.3, p.38-46, 2010.

CUNHA C.C, BOARINI M.L. O Lugar da Criança e do Adolescente na Reforma Psiquiátrica. Revista Psicologia e Saúde. 2011;3(1):68-76.

Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de atenção em saúde mental. Florianópolis, SC: Ed. Copiart, 2010.

BESERRA, E.P, PINHEIRO, P.N.C, ALVES, M.D, BARROSO, M.G. DST-J bras. Doen-

ças Sex Transm 2008:20 (1):32-35.
CAMARGO, B.V, BOTELHO, L.J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. Rev Saúde Pública. 2007;41(1).
HOFFMANN, A.C.O.S, ZAMPIERI, M.F.M. A atuação do profissional da enfermagem na socialização de conhecimentos sobre sexualidade na adolescência. Rev. Saúde Pública. 2009; 2(1).
OLIVEIRA, P.C. Estudo do Comportamento e Conhecimentos em Sexualidade entre Adolescentes de Goiânia – Goiás [Dissertação]. Universidade Federal de Goiás, 2013.
MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília. 2000, 3ª edição.
_____ Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006b.
_____ Programa saúde e prevenção na escola. Brasília: MS, 2009. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico 2010:versão preliminar [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2013 Jun 21]. Availablefrom: http://www.aids.gov.br/documentos.
QUEIRÓS, P.S. Concepções de pais de adolescentes escolares sobre temáticas relacionadas à sexualidade humana [Dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2012. 97p.
TAQUETTE, S.R. Sexualidade na adolescência. p 205. InMinistério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde de Adolescente e do Jovem. Saúde do Adolescente: competências e habilidades. Brasília, 2008.
TAQUETTE, S.R, MEIRELLES, Z.V. Convenções de gênero e sexualidade na vulnerabilidade às DST/AIDS de adolescentes femininas. Adolesc. Saúde. 2012; 9(3): 56-64.
TAQUETTE S.R, MATOS H.J, RODRIGUES A.O, BORTOLOTTI L.R, AMORIM E. A epidemia de AIDS em adolescentesde 13 a 19 anos no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal. Rev. Soc. Bras. Med Trop.2011;44:467-70.
UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND UNICEF. Opportunity in Crisis: Preventing HIV from early adolescence to young adulthood, 2011June; 68p.
WHO.Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006 - 2015: breaking the chain of transmission. Geneva: WHO; 2007.
Brasil – Ministério da Saúde – ABEN Adolescer, compreender, atuar, acolher – Projeto Acolher – Brasília – ABEN, 2001.

4 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Damiana Aparecida Andrade de Carvalho Moreira[1]
Elisângela Euripedes Resende[2]
Maria Eliane Liégio Matão[3]
Maria Luiza de Lima Oliveira[4]
Nilza Alves Marques Almeida[5]

Introdução

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de atenção à mulher são prioridades e se expressam por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). As linhas de cuidado prioritárias da PNAISM são: atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada baseada em evidências científicas; saúde sexual e reprodutiva de mulheres e adolescentes(promoção, prevenção e tratamento das DST/Aids); atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência sexual; redução da morbimortalidade por câncer de mama e colo uterino e atenção integralàs mulheresno climatério. As ações desenvolvidas por linha de cuidado têm como princípios a humanização, a defesa dos direitos humanos, o respeito à diversidade cultural, étnica e racial e às diferenças regionais, a promoção da equidade, o enfoque de gênero e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

O Ministério da Saúde (MS) também priorizou a construção de redes temáticas, com ênfase em algumas linhas de cuidado, sendo, na área de saúde da mulher, a Rede Cegonha para atenção materno-infantil e a Rede de Atenção Oncológica para prevenção e controle do câncer de mama e do colo do útero.

A Rede Cegonha consiste em estratégia implantada em 2011, com a finalidade de reorganizar a rede assistencial para garantir acesso, acolhimento e resolutividade como foco no direito reprodutivo e na atenção qualificada e humanizada no pré-natal, parto e puerpério e à criança para nascimento seguro e atenção integral de 0 a 24 meses de vida. Além de objetivar a redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

A Rede de Atenção Oncológica propõe a implementação de linha de cuidado para o câncer de mama por meio de ações de prevenção, detecção precoce e tratamento

[1]Enfermeira, especialista, Secretaria de Estado de Saúde de Goiás
[2]Enfermeira, mestre, Pontifícia Universidade Católica de Goiás
[3]Enfermeira, doutora, Pontifícia Universidade Católica de Goiás
[4]Enfermeira, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
[5]Enfermeira doutora, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás

oportuno e, para o câncer de colo do útero, ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras.

A atenção de enfermagem nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) consiste na avaliação e no acompanhamento sistemático da saúde da mulher com enfoque nas linhas de cuidados prioritários e ações de promoção da saúde, redução de risco ou manutenção de baixo risco, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças, considerando-se a individualidade, necessidades e direitos da mulher.

A base legal que fundamenta a atuação do profissional enfermeiro está respaldada pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498/86, Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 195/1997, nº 223/1999, nº 271/2002 e nº 272/2002, Pareceres Cofen nº 040/95 e nº 15/97, e Portaria nº 1459/2011 que institui a Rede Cegonha (COREN-GO, 2012). Assim, pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco e puerpério em hospitais e na rede básica de saúde, conforme estabelecido pelo MS e conforme garantido pela lei do exercício profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87. Caso ocorra alguma intercorrência durante a gestação, a mulher deverá ser encaminhada para a unidade de saúde de referência de risco.

Além da competência técnica para atuar na atenção à saúde da mulher, o enfermeiro, deverá promover acolhimento humanizado com escuta qualificada. Ao exercer o papel educativo, esse profissional poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da mulher, família e comunidade.

Assistência ao pré-natal de baixo risco

No contexto da atenção integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal de baixo risco objetiva assegurar o acompanhamento e a avaliação do impacto das ações sobre a saúde materna e perinatal, inclusive com enfoque psicossocial e educativo, para garantia do parto de um recém-nascido saudável (BRASIL, 2012).

O acesso à assistência pré-natal é um indicador importante do prognóstico ao nascimento, sendo recomendadas consultas mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. Caso o parto não ocorra até a 41ªsemana, encaminhar a gestante para a avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal.

A rede de serviços para a atenção obstétrica e neonatal deve dispor de mecanismos de referência e contrarreferência para garantir os 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica (AB) (Quadro 1):

Quadro 1. Dez passos para o pré-natal de qualidade na Atenção Básica

Passo 1 - Iniciar o pré-natal na APS até a 12ª semana de gestação (captação precoce)
Passo 2 – Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
Passo 3 - Assegurar a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
Passo 4 - Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".
Passo5 - Garantir o transporte público gratuito da gestante para atendimento pré-natal, quando necessário.
Passo6 - É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".
Passo7 - Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
Passo 8 - Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".
Passo 9 - Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
Passo 10 - As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco. BRASIL, 2012. Adaptado.

Consulta pré-natal de enfermagem

O acompanhamento pré-natal de baixo risco pelo enfermeiro na rede básica de saúde é respaldado pelo MS e a Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.

Dentre as atribuições do enfermeiro nas equipes de AB (Quadro 2), são preconizadas a assistência humanizada à mulher desde o início de sua gravidez, a solicitação de exames complementares e testes rápidos e a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e de rotina aprovada pela instituição de saúde.

Quadro 2. Atribuições do enfermeiro nas equipes de Atenção Básica

✓ Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação e vacinação.
✓ Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta).
✓ Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a).
✓ Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de assistência pré-natal.
✓ Realizar testes rápidos.
✓ Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica).
✓ Referenciar a gestante para atendimento odontológico e médico.
✓ Referenciar a gestante para atendimento com psicólogos, nutricionista, assistente social de acordo com a necessidade (equipe multiprofissional).
✓ Orientar e encaminhar a gestante para a vacinação contra tétano e hepatite B quando não estiver imunizada.
✓ Identificar gestantes com sinal de alarme e/ou de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso haja dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para esse atendimento), encaminhar diretamente ao serviço de referência.
✓ Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero.
✓ Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera).
✓ Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
✓ Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas.
✓ Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processode aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco. BRASIL, 2012. Adaptado.

Em todas as consultas de pré-natal é necessário realizar a avaliação de risco gestacional para identificar os fatores que permitem o acompanhamento pela equipe de atenção básica(Quadro 2). Os fatores de risco devem ser identificados em destaque no Cartão da Gestante. A caracterização de uma situação de risco que envolve risco real e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica deve ser, necessariamente, referenciada. Depois de realizado o atendimento especializado, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada. Informações sobre a evolução da gravidez e os tratamentos administrados à gestante podem ser obtidos por meio da contrarreferência e da busca ativa durante visita domiciliar (BRASIL, 2012).

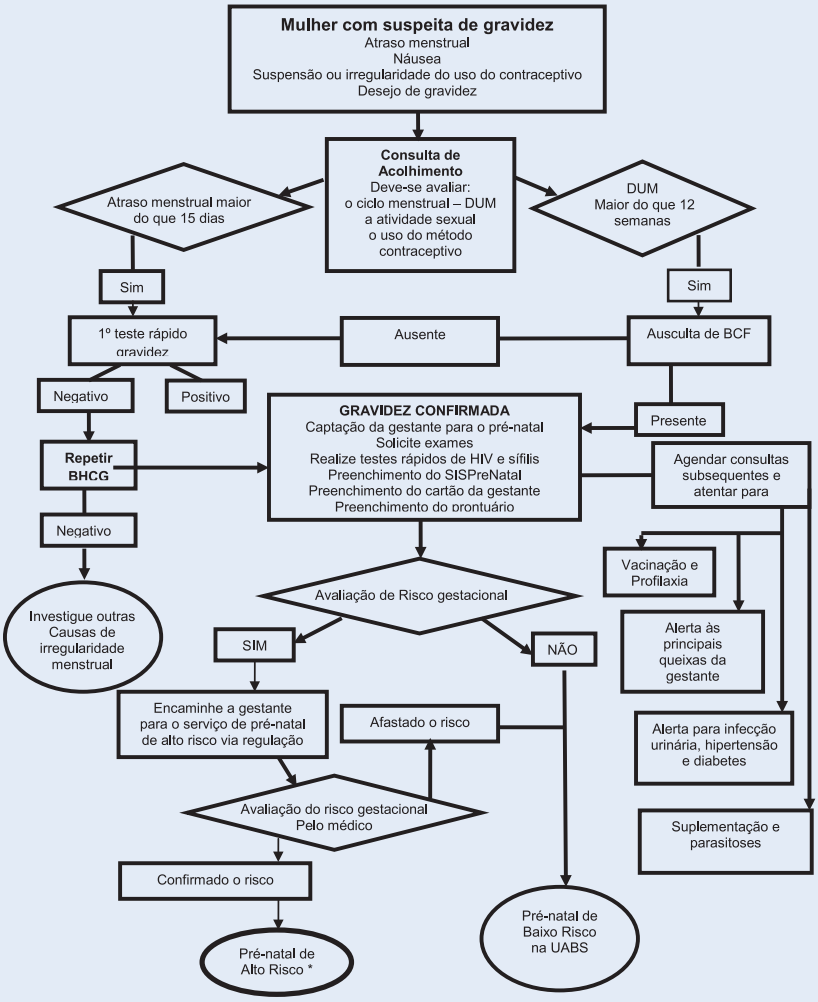
Quadro 3. Fatores de risco de gestação que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica

Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis
✓ Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos
✓ Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse
✓ Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente
✓ Situação conjugal insegura
✓ Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular)
✓ Condições ambientais desfavoráveis
✓ Altura menor que 1,45m
✓ IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade
Fatores relacionados à história reprodutiva anterior
✓ Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado
✓ Macrossomia fetal
✓ Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas
✓ Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos
✓ Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos)
✓ Cirurgia uterina anterior
✓ Três ou mais cesarianas

Fatores relacionados à gravidez atual
✓ Ganho ponderal inadequado
✓ Infecção urinária
✓ Anemia

Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco. BRASIL, 2012. Adaptado.

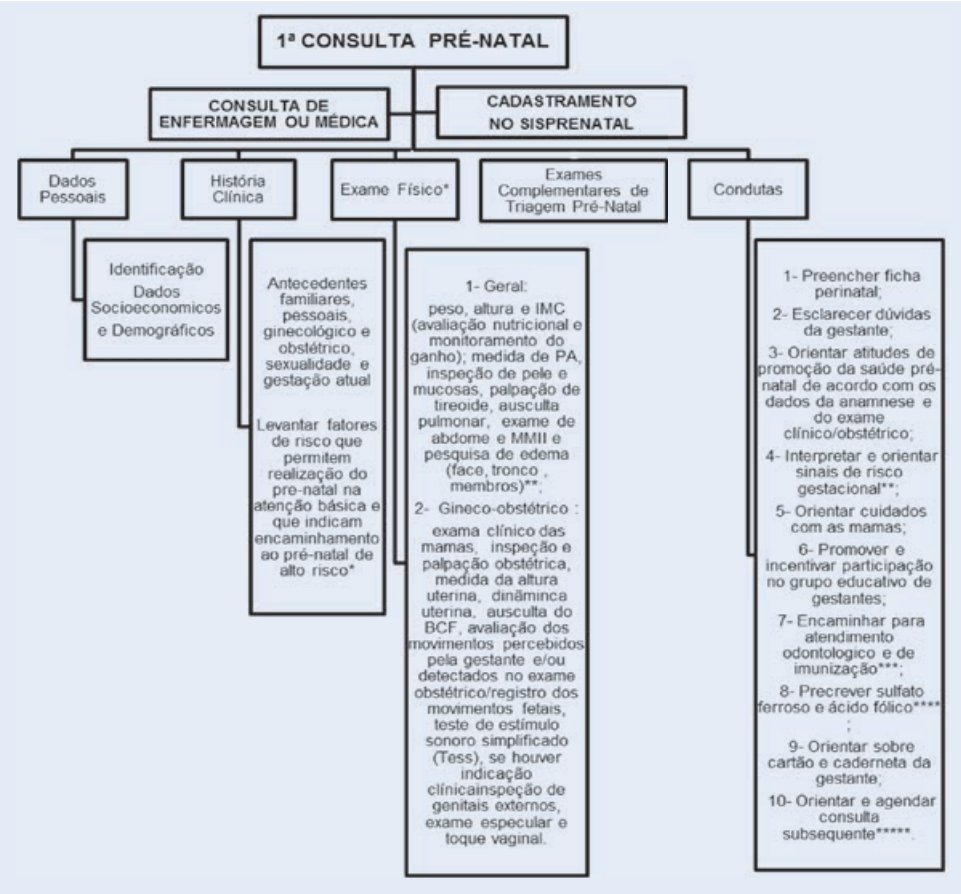
Pré-natal de baixo risco



Observação: garantir atendimento no ambulatório de pré-natal de alto risco; manter acompanhamento da gestante pela equipe de saúde; monitorar os retornos das gestantes ao ambulatório de alto risco durante as visitas domiciliares; identificar o hospital de referência de alto risco para o parto; garantir atendimento da equipe de área de abrangência (incluir o companheiro da gestante); monitorar retorno; agendar consulta de puerpério para 1ª semana de pós-parto.

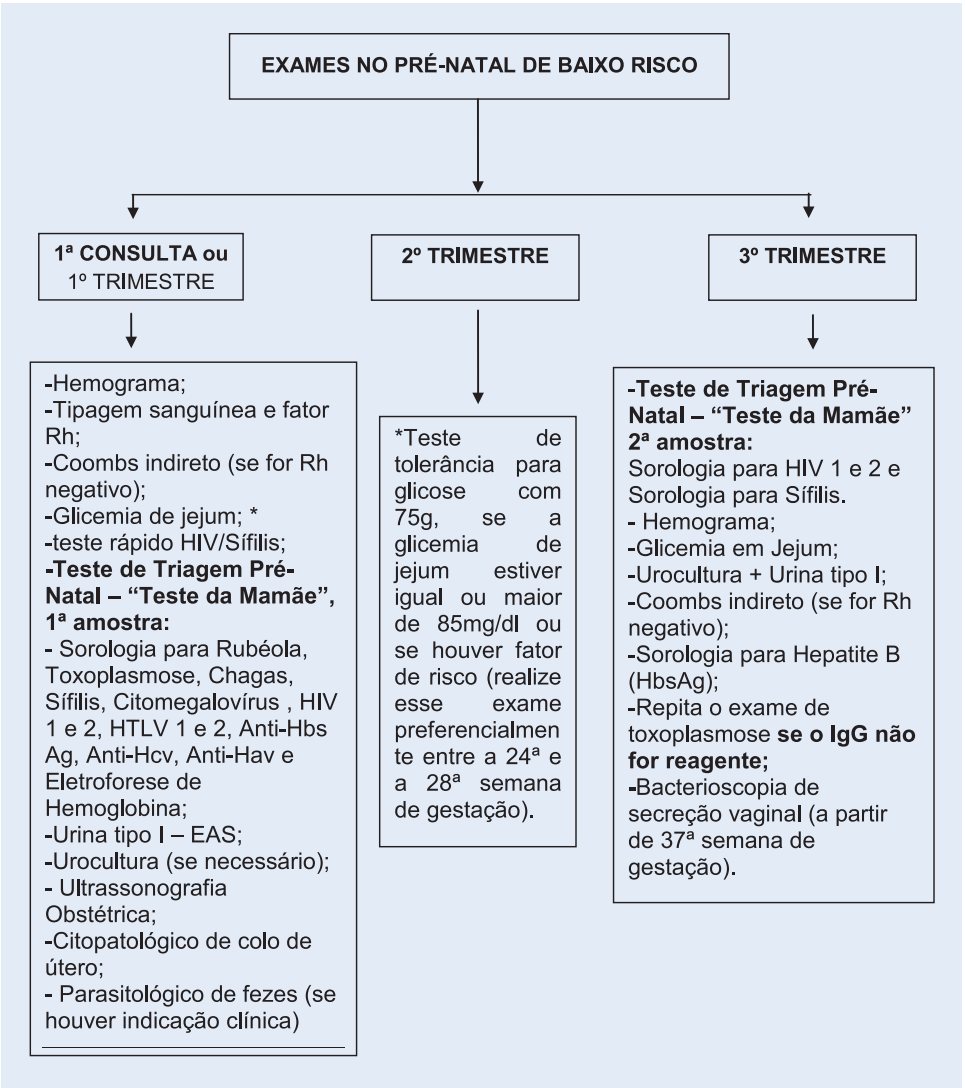
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.

1ª Consulta pré-natal

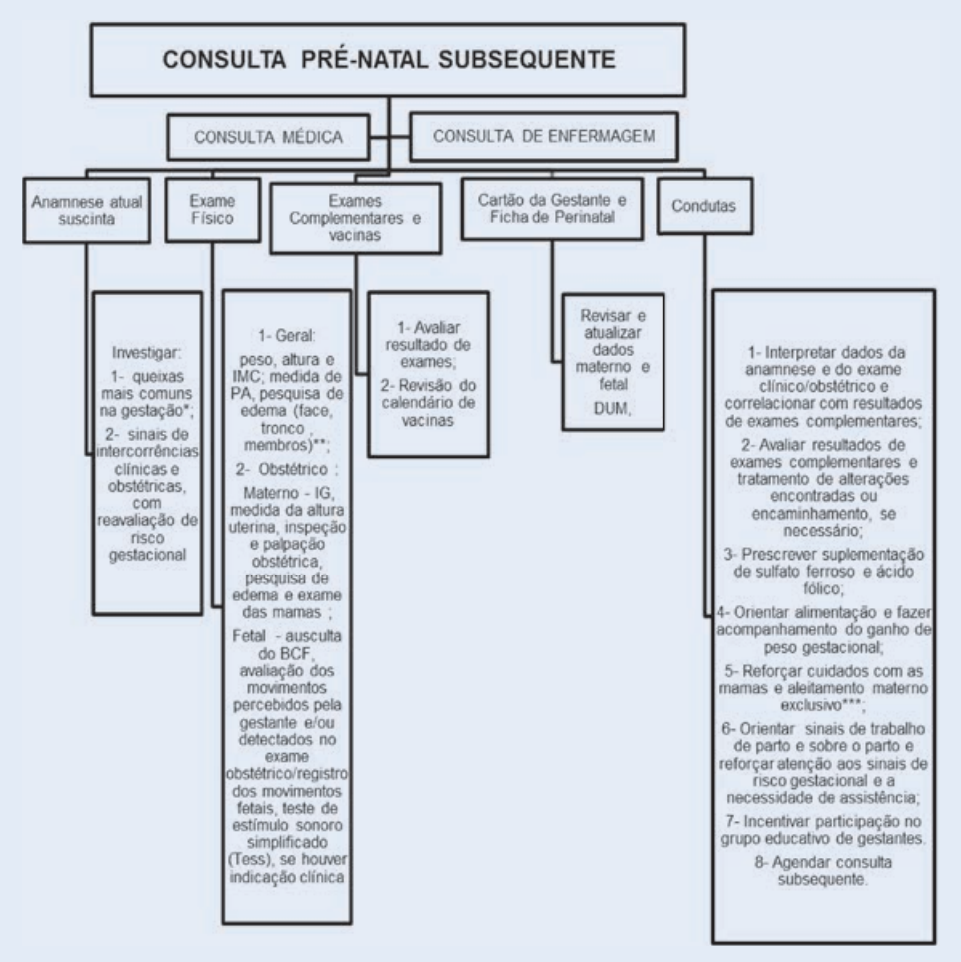

1ª CONSULTA PRÉ-NATAL
CONSULTA DE ENFERMAGEM OU MÉDICA
CADASTRAMENTO NO SISPRENATAL
Dados Pessoais
História Clínica
Exame Físico*
Exames Complementares de Triagem Pré-Natal
Condutas
Identificação Dados Socioeconomicos e Demográficos
Antecedentes familiares, pessoais, ginecológico e obstétrico, sexualidade e gestação atual
Levantar fatores de risco que permitem realização do pre-natal na atenção básica e que indicam encaminhamento ao pré-natal de alto risco*
1- Geral:
peso, altura e IMC (avaliação nutricional e monitoramento do ganho); medida de PA, inspeção de pele e mucosas, palpação de tireoide, ausculta pulmonar, exame de abdome e MMII e pesquisa de edema (face, tronco , membros)**;
2- Gineco-obstétrico :
exama clínico das mamas, inspeção e palpação obstétrica, medida da altura uterina, dinâminca uterina, ausculta do BCF, avaliação dos movimentos percebidos pela gestante e/ou detectados no exame obstétrico/registro dos movimentos fetais, teste de estímulo sonoro simplificado (Tess), se houver indicação clínicainspeção de genitais externos, exame especular e toque vaginal.
1- Preencher ficha perinatal;
2- Esclarecer dúvidas da gestante;
3- Orientar atitudes de promoção da saúde pré-natal de acordo com os dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico;
4- Interpretar e orientar sinais de risco gestacional**;
5- Orientar cuidados com as mamas;
6- Promover e incentivar participação no grupo educativo de gestantes;
7- Encaminhar para atendimento odontologico e de imunização***;
8- Precrever sulfato ferroso e ácido fólico****;
9- Orientar sobre cartão e caderneta da gestante;
10- Orientar e agendar consulta subsequente*****.

Observações

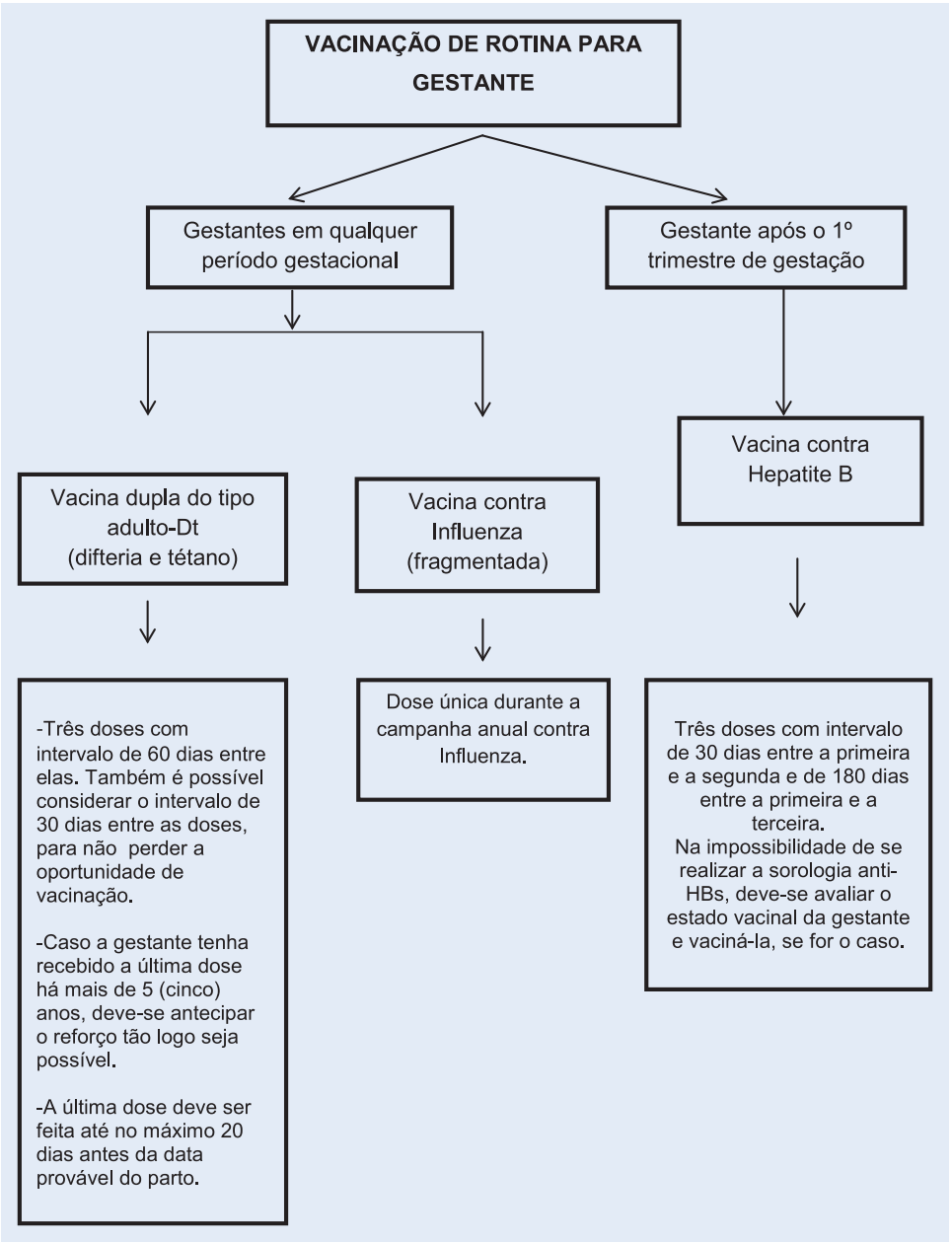
- O exame físico das adolescentes deverá seguir as orientações do Protocolo de Saúde dos Adolescentes.
- Na presença de sinais de risco gestacional, encaminhar para serviço de alto risco.
- Prescrever sulfato ferro (40mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia) para profilaxia da anemia, conforme idade gestacional e taxa de hemoglobina.
- Vacinação:dT - dupla adulto (contra o tétano e difteria) para gestantes que não têm vacinação prévia ou esquema incompleto; contra hepatite B - com antígeno HbsAg e contra influenza pandêmica.
- Reforçar para a gestante a importância da consulta pré-natal, com acompanhamento intercalado entre enfermeiro e médico do cronograma de consulta mensalmente até a 28ª semana, quinzenalmente da 28ª a 36ª semana e semanalmente da 36ª a 41ª semana.


EXAMES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO
1ª CONSULTA ou 1º TRIMESTRE
2º TRIMESTRE
3º TRIMESTRE
-Hemograma;
-Tipagem sanguínea e fator Rh;
-Coombs indireto (se for Rh negativo);
-Glicemia de jejum; *
-teste rápido HIV/Sífilis;
-Teste de Triagem Pré-Natal – "Teste da Mamãe", 1ª amostra:
- Sorologia para Rubéola, Toxoplasmose, Chagas, Sífilis, Citomegalovírus , HIV 1 e 2, HTLV 1 e 2, Anti-Hbs Ag, Anti-Hcv, Anti-Hav e Eletroforese de Hemoglobina;
-Urina tipo I – EAS;
-Urocultura (se necessário);
- Ultrassonografia Obstétrica;
-Citopatológico de colo de útero;
- Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)
*Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia de jejum estiver igual ou maior de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize esse exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana de gestação).
-Teste de Triagem Pré-Natal – "Teste da Mamãe" 2ª amostra:
Sorologia para HIV 1 e 2 e Sorologia para Sífilis.
- Hemograma;
-Glicemia em Jejum;
-Urocultura + Urina tipo I;
-Coombs indireto (se for Rh negativo);
-Sorologia para Hepatite B (HbsAg);
-Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente;
-Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37ª semana de gestação).

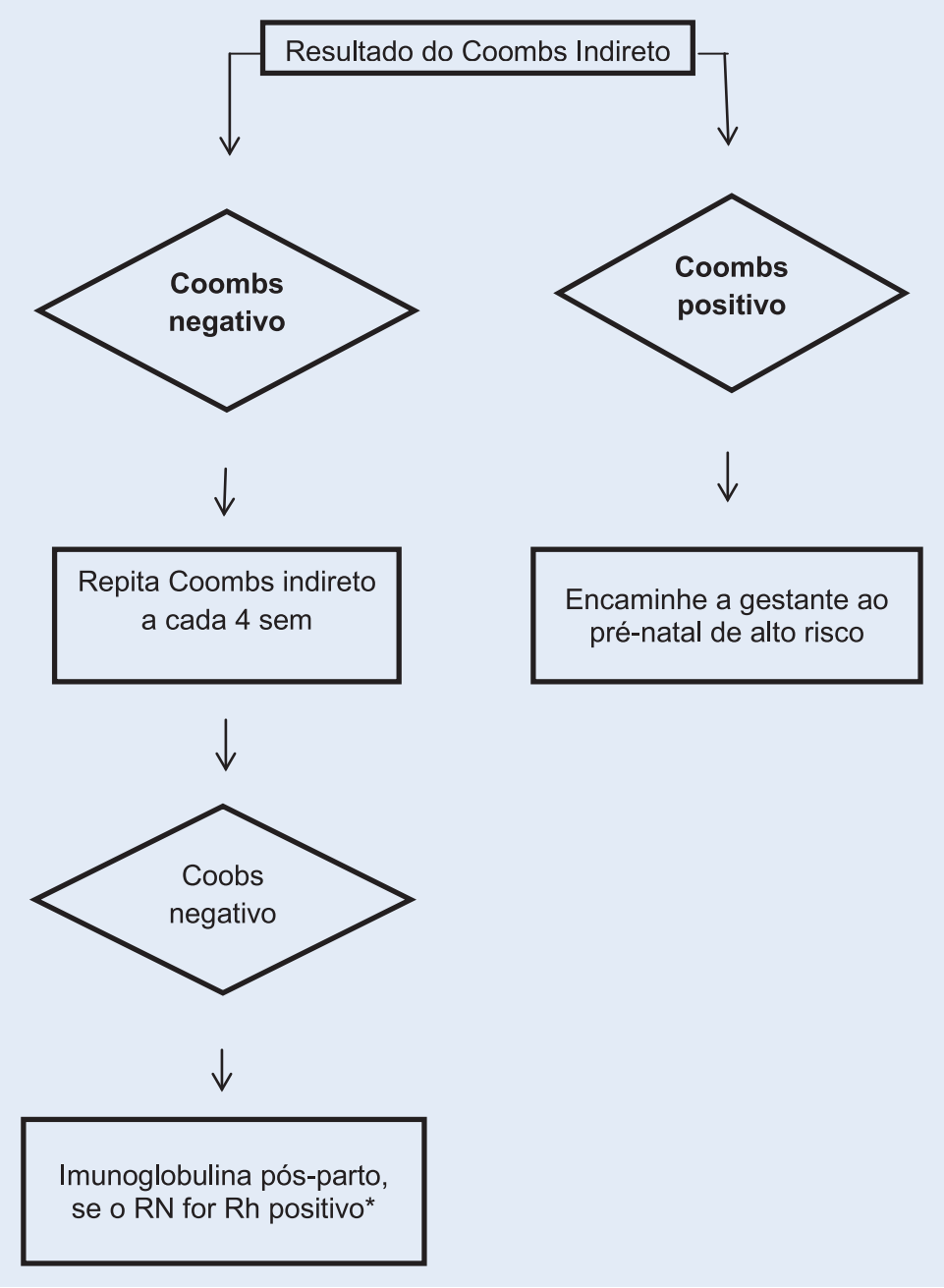
Consulta pré-natal subsequente


CONSULTA PRÉ-NATAL SUBSEQUENTE
CONSULTA MÉDICA
CONSULTA DE ENFERMAGEM
Anamnese atual suscinta
Exame Físico
Exames Complementares e vacinas
Cartão da Gestante e Ficha de Perinatal
Condutas
Investigar:
1- queixas mais comuns na gestação*;
2- sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com reavaliação de risco gestacional
1- Geral:
peso, altura e IMC; medida de PA, pesquisa de edema (face, tronco , membros)**;
2- Obstétrico :
Materno - IG, medida da altura uterina, inspeção e palpação obstétrica, pesquisa de edema e exame das mamas ;
Fetal - ausculta do BCF, avaliação dos movimentos percebidos pela gestante e/ou detectados no exame obstétrico/registro dos movimentos fetais, teste de estímulo sonoro simplificado (Tess), se houver indicação clínica
1- Avaliar resultado de exames;
2- Revisão do calendário de vacinas
Revisar e atualizar dados materno e fetal
DUM,
1- Interpretar dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico e correlacionar com resultados de exames complementares;
2- Avaliar resultados de exames complementares e tratamento de alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário;
3- Prescrever suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico;
4- Orientar alimentação e fazer acompanhamento do ganho de peso gestacional;
5- Reforçar cuidados com as mamas e aleitamento materno exclusivo***;
6- Orientar sinais de trabalho de parto e sobre o parto e reforçar atenção aos sinais de risco gestacional e a necessidade de assistência;
7- Incentivar participação no grupo educativo de gestantes.
8- Agendar consulta subsequente.

Vacinação de rotina para gestante


VACINAÇÃO DE ROTINA PARA GESTANTE
Gestantes em qualquer período gestacional
Gestante após o 1º trimestre de gestação
Vacina dupla do tipo adulto-Dt (difteria e tétano)
Vacina contra Influenza (fragmentada)
Vacina contra Hepatite B
-Três doses com intervalo de 60 dias entre elas. Também é possível considerar o intervalo de 30 dias entre as doses, para não perder a oportunidade de vacinação.
-Caso a gestante tenha recebido a última dose há mais de 5 (cinco) anos, deve-se antecipar o reforço tão logo seja possível.
-A última dose deve ser feita até no máximo 20 dias antes da data provável do parto.
Dose única durante a campanha anual contra Influenza.
Três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira.
Na impossibilidade de se realizar a sorologia anti-HBs, deve-se avaliar o estado vacinal da gestante e vaciná-la, se for o caso.

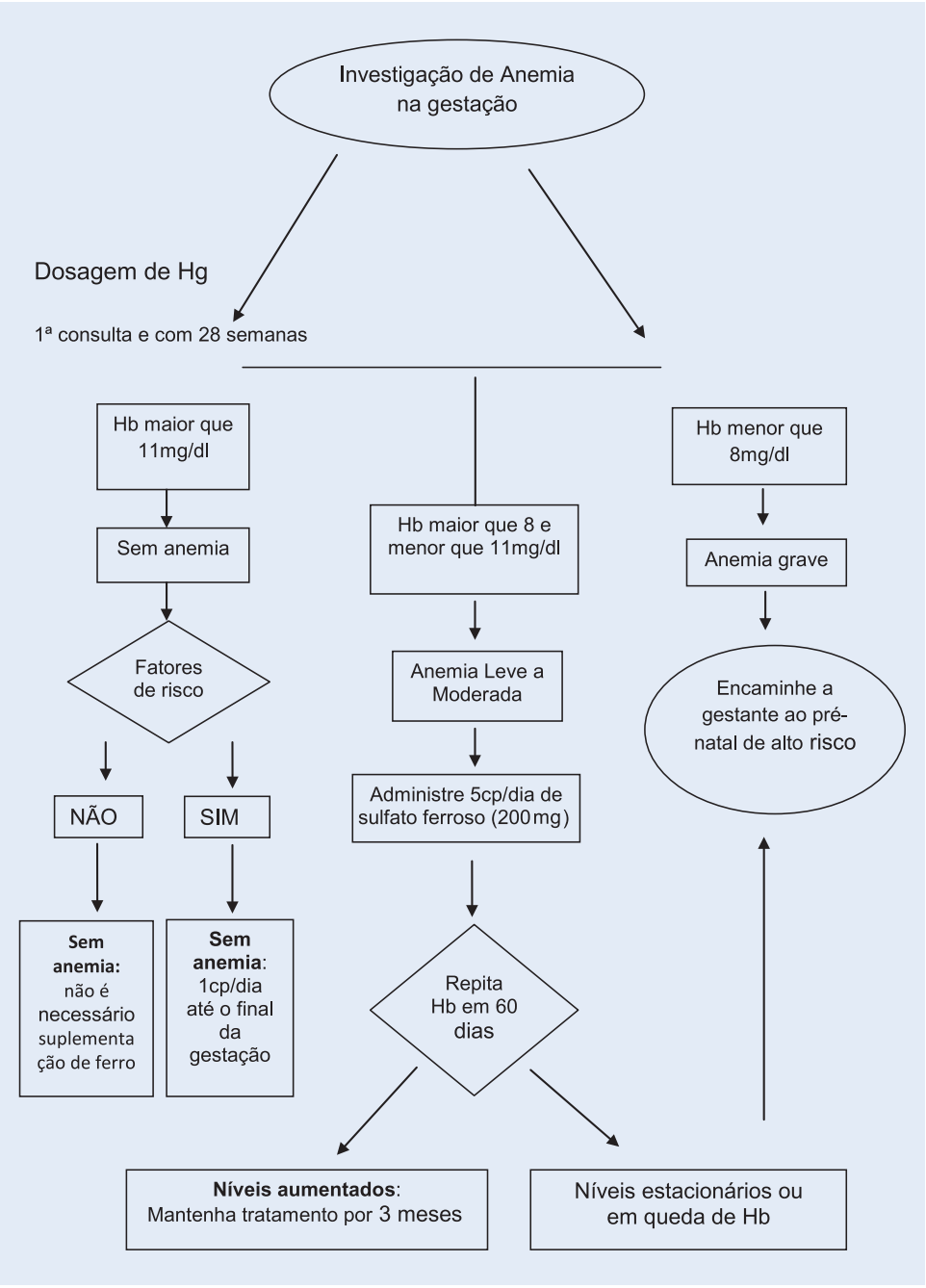
Fluxograma de gestante com RH negativo


Resultado do Coombs Indireto
Coombs negativo
Coombs positivo
Repita Coombs indireto a cada 4 sem
Encaminhe a gestante ao pré-natal de alto risco
Coobs negativo
Imunoglobulina pós-parto, se o RN for Rh positivo*

- Realizar Imunoglobulina até 72horas após parto.

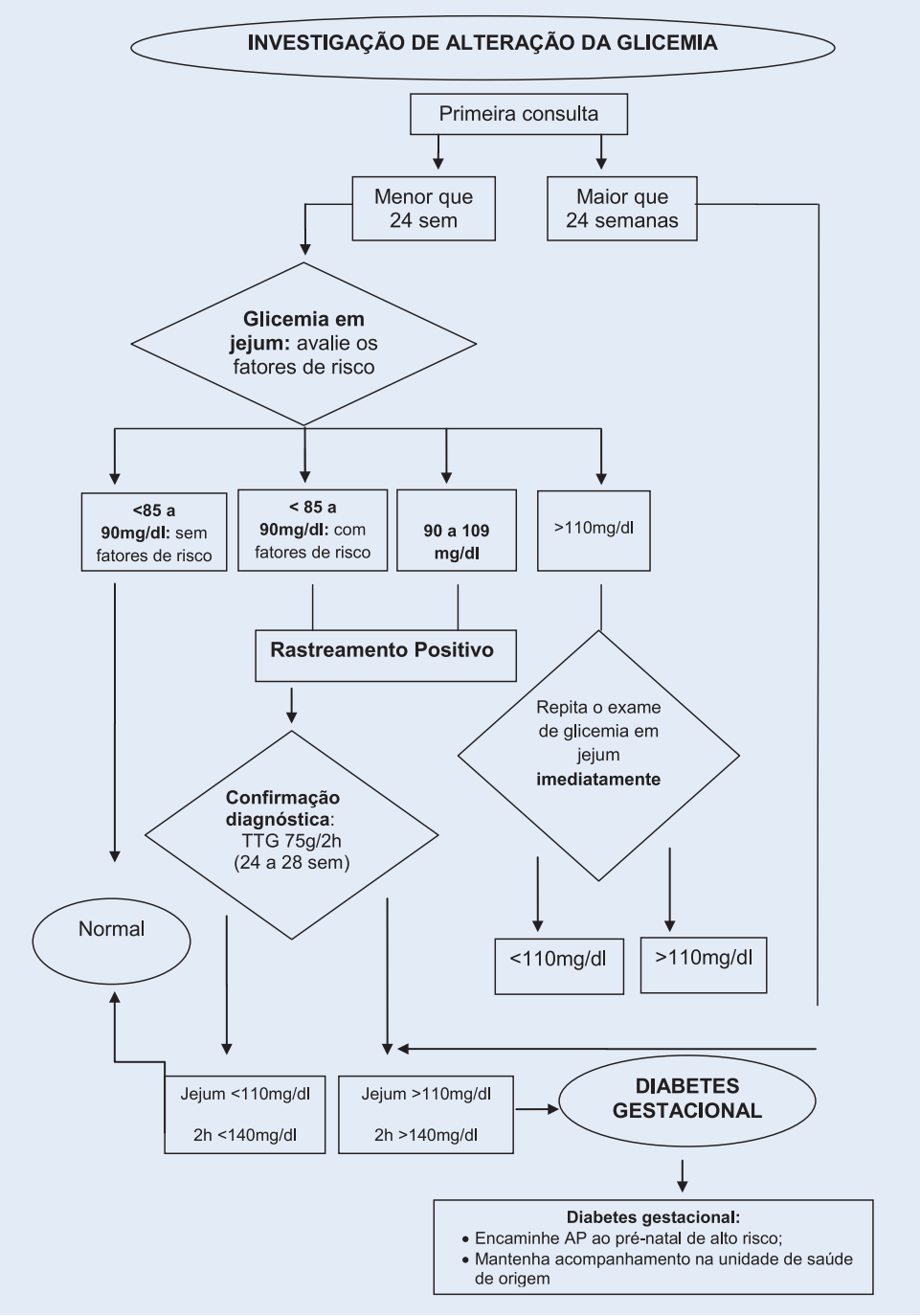
Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.

Rastreamento e conduta na anemia falciforme


Investigação de Anemia na gestação
Dosagem de Hg
1ª consulta e com 28 semanas
Hb maior que 11mg/dl
Sem anemia
Fatores de risco
NÃO
SIM
Sem anemia: não é necessário suplementação de ferro
Sem anemia: 1cp/dia até o final da gestação
Hb maior que 8 e menor que 11mg/dl
Anemia Leve a Moderada
Administre 5cp/dia de sulfato ferroso (200mg)
Repita Hb em 60 dias
Níveis aumentados: Mantenha tratamento por 3 meses
Níveis estacionários ou em queda de Hb
Hb menor que 8mg/dl
Anemia grave
Encaminhe a gestante ao pré-natal de alto risco

FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.

Investigação de alteração da glicemia



FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.

Queixas mais comuns na gravidez

- Náusea e vômito: ocorrem especialmente nos primeiros meses de gestação (altos índices de HCG e fatores psicológicos). O tratamento consiste no apoio e na alimentação fracionada. Encaminhar a consulta médica na persistência dos sintomas.
- Ptialismo ou sialorreia: aumento da salivação. Aconselhar dieta semelhante à indicada para as náuseas e vômitos.
- Pirose/azia: causada pelo refluxo gastroesofagiano. Aconselhadas refeições fracionadas.
- Gengivite: agendar atendimento odontológico para avaliação e promoção do tratamento.
- Constipação intestinal: redução da motilidade da musculatura lisa causada pela ação da progesterona na gravidez. Aconselha-se alimentação rica em fibras e laxativa e hidratação e atividade física regular.
- Tontura e vertigem: evitar mudanças bruscas de posição e, quando de sua ocorrência, sentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral com os MMII ligeiramente elevados.
- Cãibras: frequentes na segunda metade da gestação e acometem mais os membros inferiores. Deve-se moderar a atividade física, hidratar bem e fazer uso de alimentos ricos em Potássio.
- Varizes: são dilatações venosas nos membros inferiores. De uma maneira geral têm caráter predisponente familiar. Aconselhado não permanecer muito tempo em pé ou sentada, repousar por 20 minutos várias vezes ao dia com as pernas elevadas e fazer uso de meias elásticas de média compressão.
- Edema: Geralmente relacionado à dificuldade de retorno venoso. Aconselhado o uso de meias elásticas de média compressão e elevar os membros inferiores a cada duas horas.
- Hemorroidas: são vasos do plexo hemorroidário, que podem sangrar ou mesmo sediar uma trombose. Orientar alimentação rica em fibras e laxativa e hidratação.
- Dor lombar e dor hipogástrica: motivadas pela alteração de postura e pela presença do útero grávido, sendo em geral suficiente o repouso, se possível em decúbito lateral.
- Polaciúria - sintoma encontrado no início e final da gestação, devido à compressão da bexiga pelo útero grávido. Orientar a não reter urina e esvaziar a bexiga com maior frequência.
- Corrimento vaginal: o aumento do fluxo vaginal é comum na gestação. Fazer o diagnóstico diferencial com DST, as quais devem ser tratadas conforme protocolo.

Controle da pressão arterial (PA)

A medida da PA é recomendada em todas as consultas de pré-natal por ser a

hipertensão arterial um fator de risco gestacional. O parâmetro de confirmação da hipertensão arterial na gestação é a observação de níveis tensionais absolutos iguais ou maiores do que 140mmHg de pressão sistólica e iguais ou maiores do que 90mmHg de pressão diastólica, mantidos em medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões. A PA diastólica deve ser identificada pela fase V de Korotkoff. A hipertensão arterial sistêmica(HAS) na gestação é classificada em pré-eclâmpsia, eclampsia, pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica e HAS crônica - Quadro 4 (BRASIL, 2012).

Quadro 4. Categorias da hipertensão arterial sistêmica(HAS) na gestação

✓ **Pré-eclâmpsia:** caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria (> 300 mg/24h) apósa 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas.
✓ **Eclâmpsia:** corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.
✓ **Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica:** definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes portadoras de HAS crônica com idade gestacional superior a 20 semanas.
✓ **Hipertensão arterial sistêmica crônica:** é definida por hipertensão registrada antes da gestação, no período que precede à 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto.
✓ **Hipertensão gestacional:** caracterizada por HAS detectada após a 20ª semana, sem proteinúria, podendo ser definida como "transitória" (quando ocorre normalização após oparto) ou "crônica" (quando persistir a hipertensão).

Fonte: Atenção ao pré-natal de baixo risco. BRASIL, 2012. Adaptado.

Atentar aos procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial como o preparo e posicionamento da gestante e calibração do esfigmomanômetro.

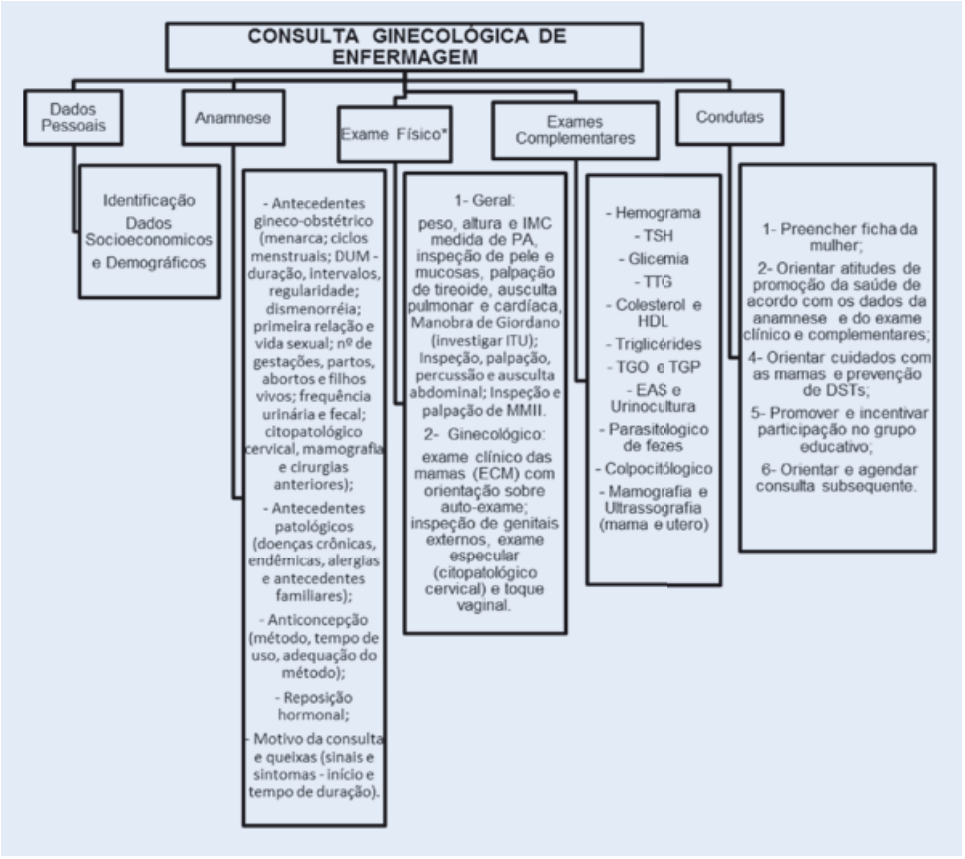
No período pré-natal, a avaliação da PA deve ser em conjunto com o ganho de peso súbito e/ou a presença de edema, principalmente a partir da 24ª semana. O ganho de peso superior a 500g por semana, mesmo sem aumento da pressão arterial, exige retorno antecipado da gestante pelo maior risco de pré-eclâmpsia.

Cuidados com a mama na gravidez

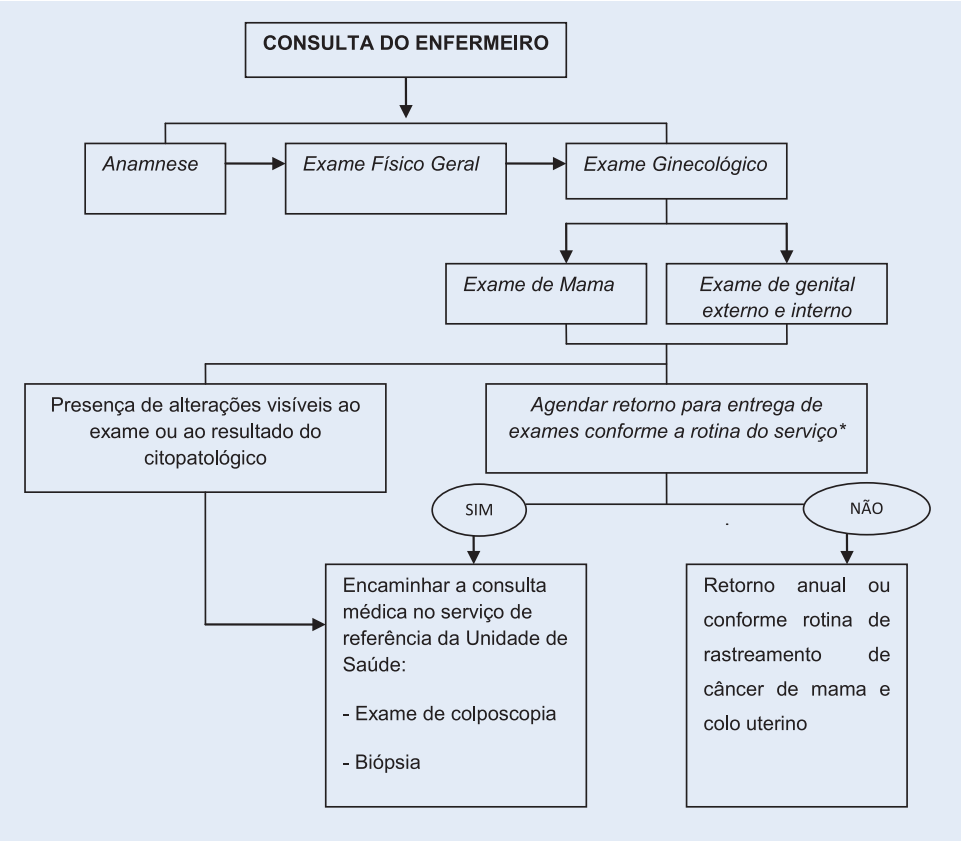
O preparo da mama para a amamentação deve ser iniciado no pré-natal, assim como as orientações sobre aleitamento materno, que envolvem:

1. Avaliação das mamas durante as consultas de pré-natal;
2. Orientações sobre o uso do sutiã durante a gestação, banho de sol nas mamas por 15 minutos (até as 10 horas da manhã ou após as 16 horas) ou banhos de luz com lâmpadas de 40 watts a cerca de um palmo de distância; evitar o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo; não realizar expressão do peito (ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro;
3. Conhecimentos, crenças e atitudes que a gestante possui em relação à amamentação e experiência prévia sobre amamentação;
4. Oferta de troca de experiências, por meio de reuniões de grupo de gestantes, para informar as vantagens e o manejo da amamentação.

Consulta clínico-ginecológica de enfermagem à mulher

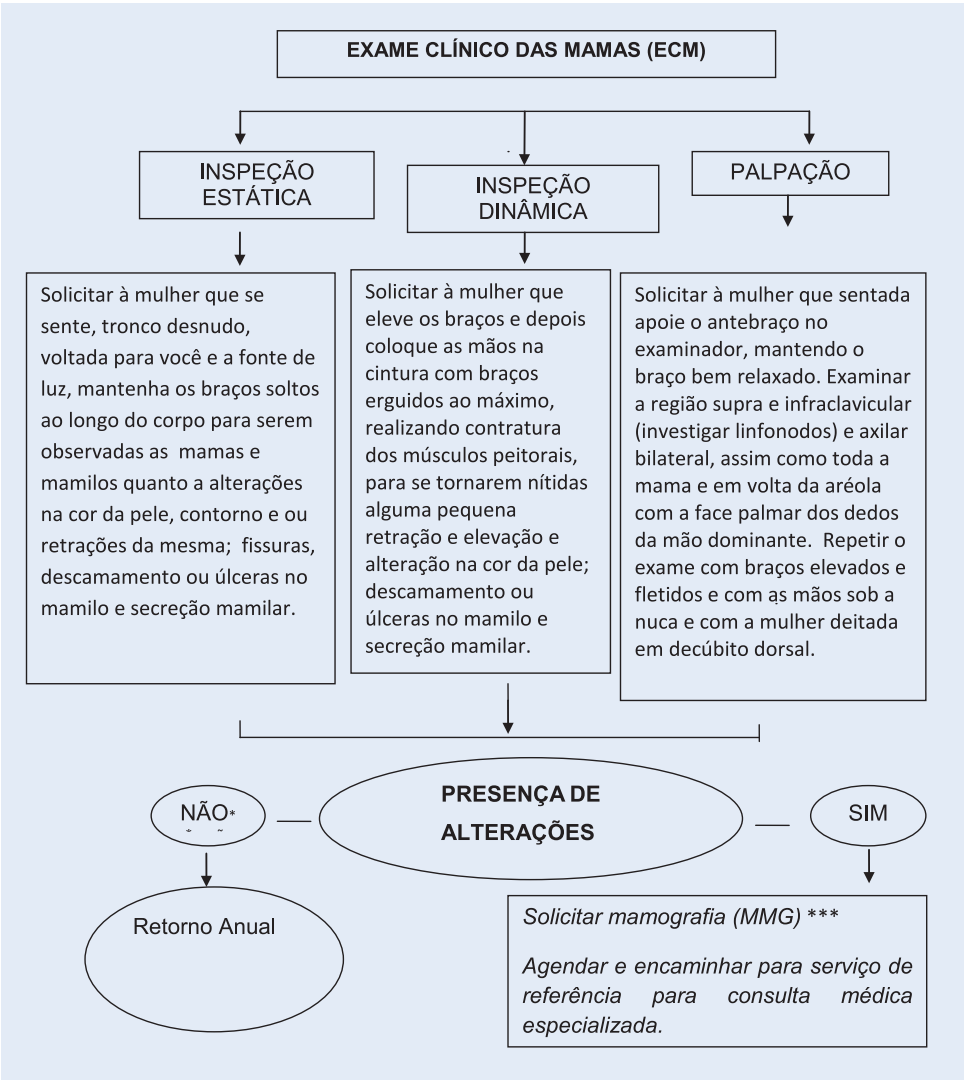

CONSULTA GINECOLÓGICA DE ENFERMAGEM
Dados Pessoais
Anamnese
Exame Físico*
Exames Complementares
Condutas
Identificação Dados Socioeconomicos e Demográficos
- Antecedentes gineco-obstétrico (menarca; ciclos menstruais; DUM - duração, intervalos, regularidade; dismenorréia; primeira relação e vida sexual; nº de gestações, partos, abortos e filhos vivos; frequência urinária e fecal; citopatológico cervical, mamografia e cirurgias anteriores);
- Antecedentes patológicos (doenças crônicas, endêmicas, alergias e antecedentes familiares);
- Anticoncepção (método, tempo de uso, adequação do método);
- Reposição hormonal;
- Motivo da consulta e queixas (sinais e sintomas - início e tempo de duração).
1- Geral:
peso, altura e IMC medida de PA, inspeção de pele e mucosas, palpação de tireoide, ausculta pulmonar e cardíaca, Manobra de Giordano (investigar ITU); Inspeção, palpação, percussão e ausculta abdominal; Inspeção e palpação de MMII.
2- Ginecológico:
exame clínico das mamas (ECM) com orientação sobre auto-exame; inspeção de genitais externos, exame especular (citopatológico cervical) e toque vaginal.
- Hemograma
- TSH
- Glicemia
- TTG
- Colesterol e HDL
- Triglicérides
- TGO e TGP
- EAS e Urinocultura
- Parasitologico de fezes
- Colpocitológico
- Mamografia e Ultrassografia (mama e utero)
1- Preencher ficha da mulher;
2- Orientar atitudes de promoção da saúde de acordo com os dados da anamnese e do exame clínico e complementares;
4- Orientar cuidados com as mamas e prevenção de DSTs;
5- Promover e incentivar participação no grupo educativo;
6- Orientar e agendar consulta subsequente.

Consulta do enfermeiro


CONSULTA DO ENFERMEIRO
Anamnese
Exame Físico Geral
Exame Ginecológico
Exame de Mama
Exame de genital externo e interno
Presença de alterações visíveis ao exame ou ao resultado do citopatológico
Agendar retorno para entrega de exames conforme a rotina do serviço*
SIM
NÃO
Encaminhar a consulta médica no serviço de referência da Unidade de Saúde:
- Exame de colposcopia
- Biópsia
Retorno anual ou conforme rotina de rastreamento de câncer de mama e colo uterino

*Somente para mulheres que realizaram o exame citopatológico cervical e momografia.

Exame clínico das mamas


EXAME CLÍNICO DAS MAMAS (ECM)
INSPEÇÃO ESTÁTICA
INSPEÇÃO DINÂMICA
PALPAÇÃO
Solicitar à mulher que se sente, tronco desnudo, voltada para você e a fonte de luz, mantenha os braços soltos ao longo do corpo para serem observadas as mamas e mamilos quanto a alterações na cor da pele, contorno e ou retrações da mesma; fissuras, descamamento ou úlceras no mamilo e secreção mamilar.
Solicitar à mulher que eleve os braços e depois coloque as mãos na cintura com braços erguidos ao máximo, realizando contratura dos músculos peitorais, para se tornarem nítidas alguma pequena retração e elevação e alteração na cor da pele; descamamento ou úlceras no mamilo e secreção mamilar.
Solicitar à mulher que sentada apoie o antebraço no examinador, mantendo o braço bem relaxado. Examinar a região supra e infraclavicular (investigar linfonodos) e axilar bilateral, assim como toda a mama e em volta da aréola com a face palmar dos dedos da mão dominante. Repetir o exame com braços elevados e fletidos e com as mãos sob a nuca e com a mulher deitada em decúbito dorsal.
NÃO*
PRESENÇA DE ALTERAÇÕES
SIM
Retorno Anual
Solicitar mamografia (MMG) ***
Agendar e encaminhar para serviço de referência para consulta médica especializada.

Conduta

* Anotar em prontuário: número, simetria, volume, forma, consistência, contorno, modificações da pele da mama e do mamilo e número, tamanho, consistência e mobilidade dos gânglios axilares e supra e intraclaviculares.

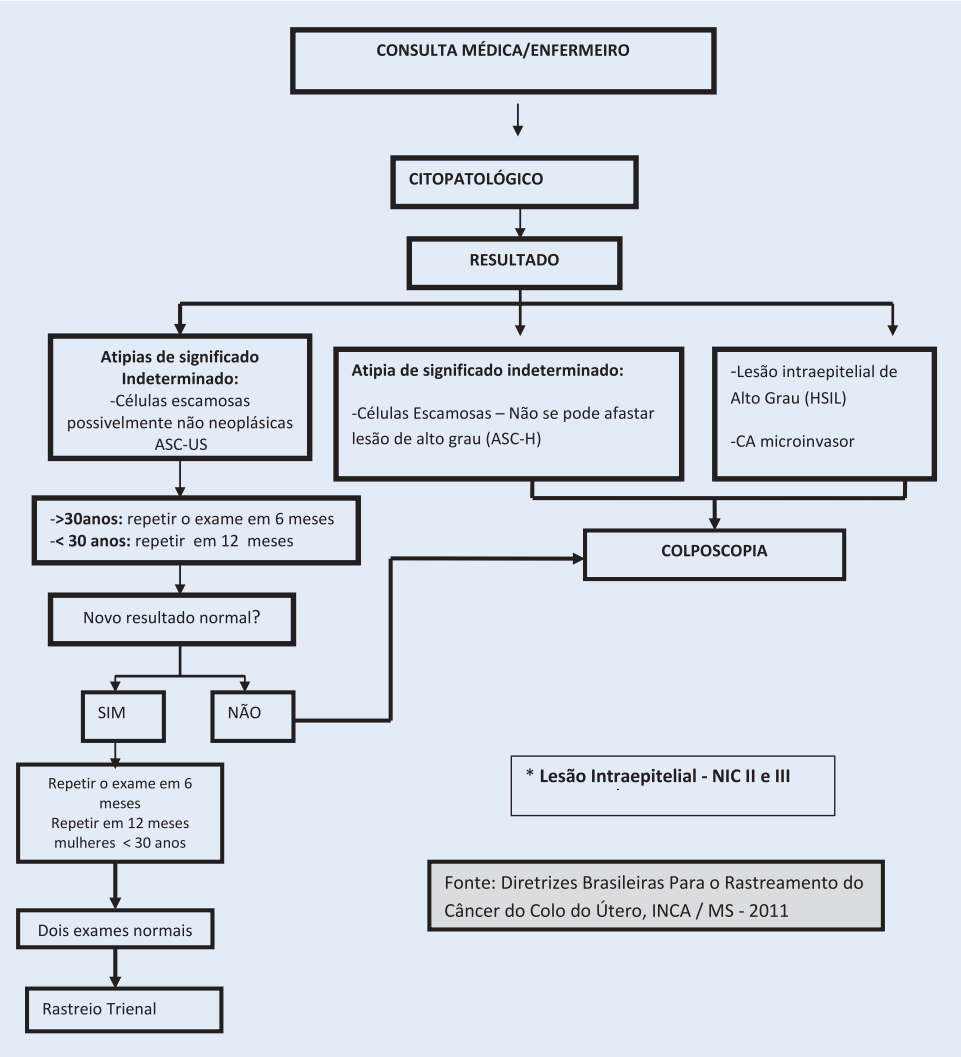
* Registrar alterações quanto à localização (quadrante), consistência, tamanho, textura, sensibilidade.

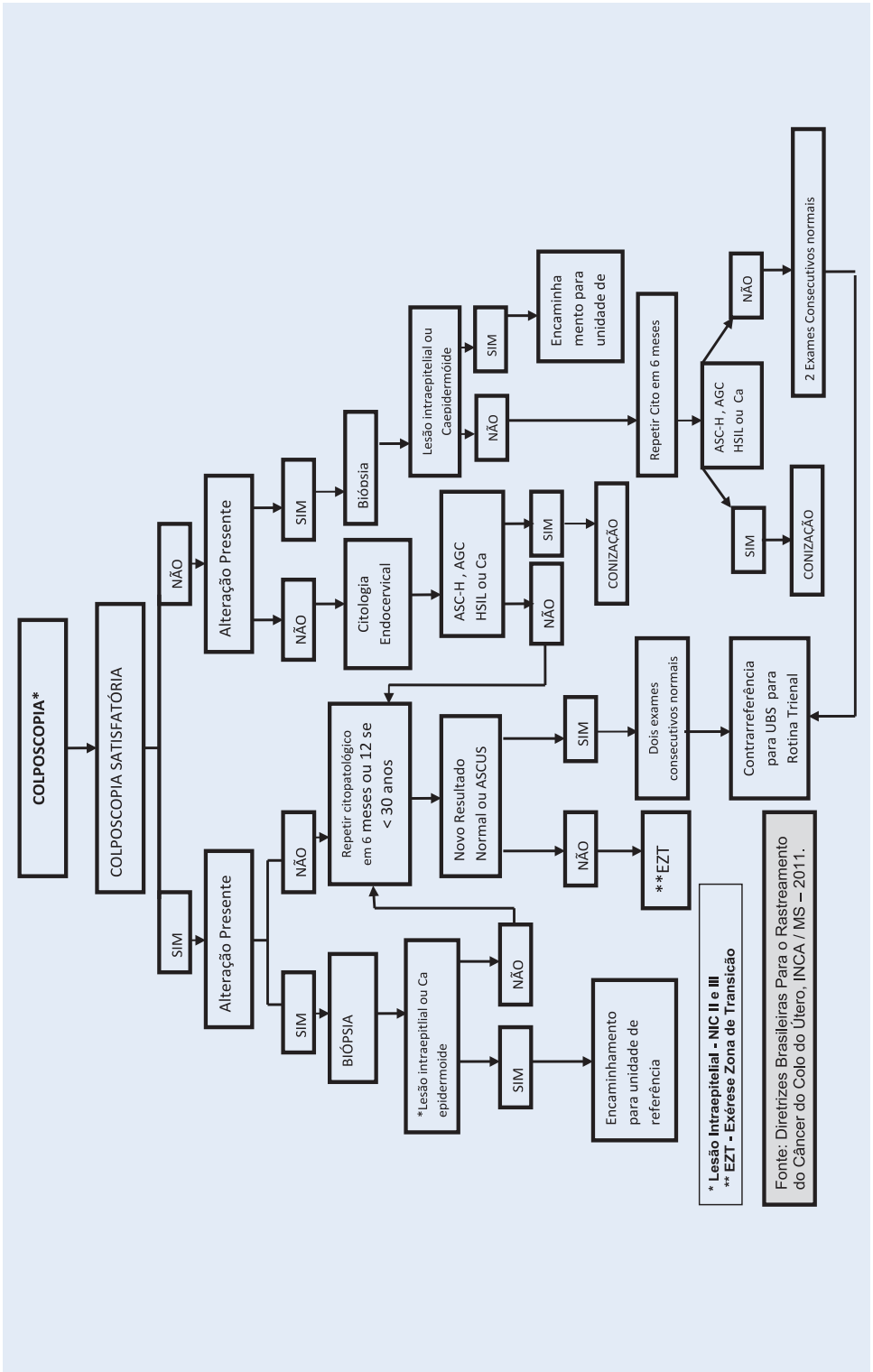
* O ECM é compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas, independente da faixa etária, mas com finalidade de rastreamento do câncer de mama, a partir de 40 anos (BRASIL, 2004).

*** Solicitar primeira MMG aos 35 anos, com seguimento a cada dois anos e rastreamento anual para mulheres a partir de 40 anos (BRASIL, 2004).
* ECM e MMG anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama (mãe, irmã ou filha com câncer de mama abaixo dos 50 anos de idade ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária; história familiar de câncer de mama masculino) (BRASIL, 2004).

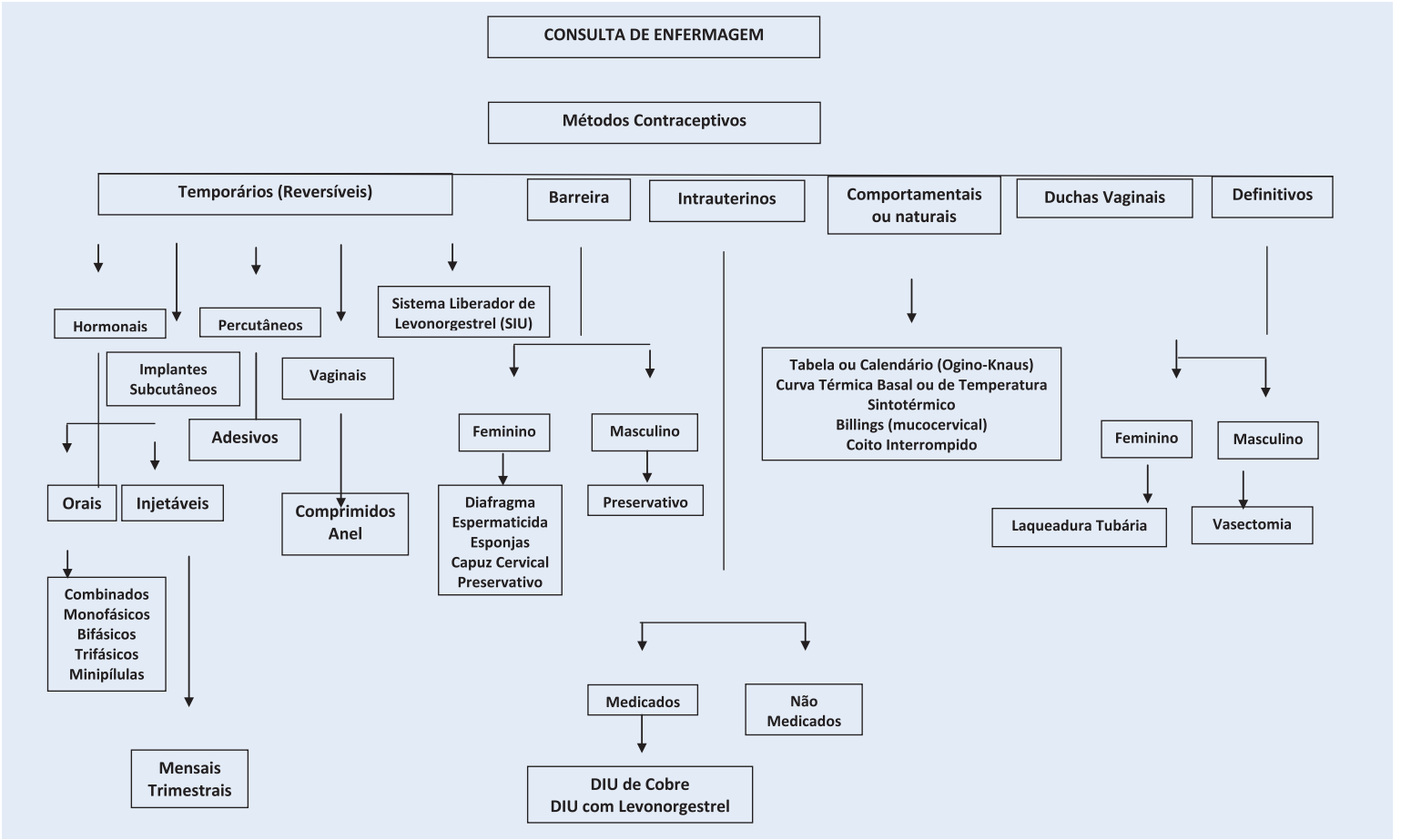
Fluxograma de atendimento para prevenção do câncer de colo uterino

O câncer do colo do útero é facilmente detectado pela realização do exame preventivo Papanicolau. A sua realização periódica permite a detecção de alterações que podem levar ao câncer de colo de útero causada pelo Papilomavírus Humano (HPV).

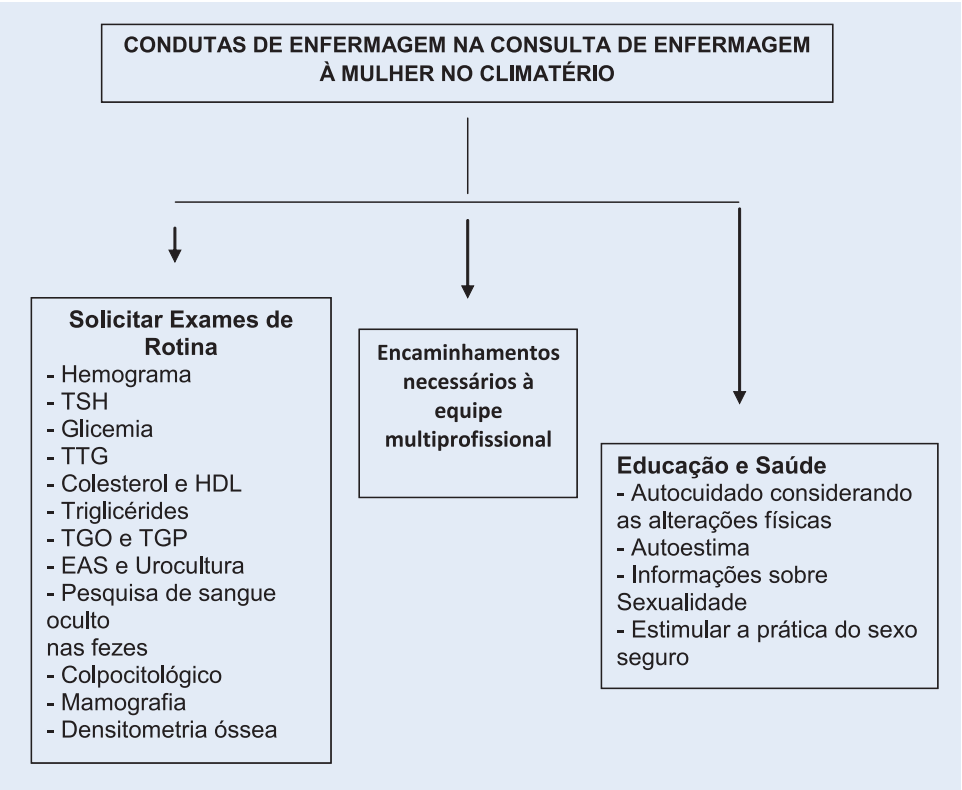

CONSULTA MÉDICA/ENFERMEIRO
CITOPATOLÓGICO
RESULTADO
Atipias de significado Indeterminado: -Células escamosas possivelmente não neoplásicas ASC-US
Atipia de significado indeterminado: -Células Escamosas – Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)
-Lesão intraepitelial de Alto Grau (HSIL)
-CA microinvasor
->30anos: repetir o exame em 6 meses
-< 30 anos: repetir em 12 meses
COLPOSCOPIA
Novo resultado normal?
SIM
NÃO
Repetir o exame em 6 meses
Repetir em 12 meses mulheres < 30 anos
Dois exames normais
Rastreio Trienal
* Lesão Intraepitelial - NIC II e III
Fonte: Diretrizes Brasileiras Para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, INCA / MS - 2011


COLPOSCOPIA*
COLPOSCOPIA SATISFATÓRIA
NÃO
Alteração Presente
NÃO
Citologia Endocervical
ASC-H , AGC HSIL ou Ca
NÃO
Repetir citopatológico em 6 meses ou 12 se < 30 anos
Novo Resultado Normal ou ASCUS
NÃO
**EZT
SIM
Alteração Presente
NÃO
Repetir Cito em 6 meses
ASC-H , AGC HSIL ou Ca
NÃO
2 Exames Consecutivos normais
SIM
Bióosia
Lesão intraepitelial ou Caepidermóide
NÃO
Encaminha mento para unidade de
SIM
SIM
CONIZAÇÃO
SIM
Dois exames consecutivos normais
Contrarreferência para UBS para Rotina Trienal
SIM
BIÓPSIA
*Lesão intraepitlial ou Ca epidermoide
NÃO
Encaminhamento para unidade de referência
SIM
CONIZAÇÃO
* Lesão Intraepitelial - NIC II e III
** EZT - Exérese Zona de Transição
Fonte: Diretrizes Brasileiras Para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, INCA / MS – 2011.

Planejamento familiar



Condutas de enfermagem na consulta de enfermagem à mulher no climatério



Atenção às mulheres em situação de violência

A violência contra a mulher é considerada como "todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, quanto privada", segundo a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará - ONU) (BRASIL, 2011).

A violência contra a mulher é um fenômeno complexo, recorrente, frequente, considerada um problema relevante de Saúde Pública em decorrência da alta incidência. É silenciosa e sem visibilidade social, em sua grande maioria vem como uma demonstração de força, poder e gênero. É causada frequentemente por alguém do convívio (padrasto, pai, irmão, parentes, companheiros ou marido), ocorrendo geralmente no próprio lar ou em outro cenário. Pode levar a consequências traumáticas do ponto de vista físico e mental, algumas vezes irreparáveis (TAQUETTE, 2007).

No Brasil, estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano, sendo 23% das mulheres sujeitas à violência doméstica (BRASIL, 2011). De acordo com o Instituto Patrícia Galvão (2006) a cada 15 segundos uma mulher é espancada.

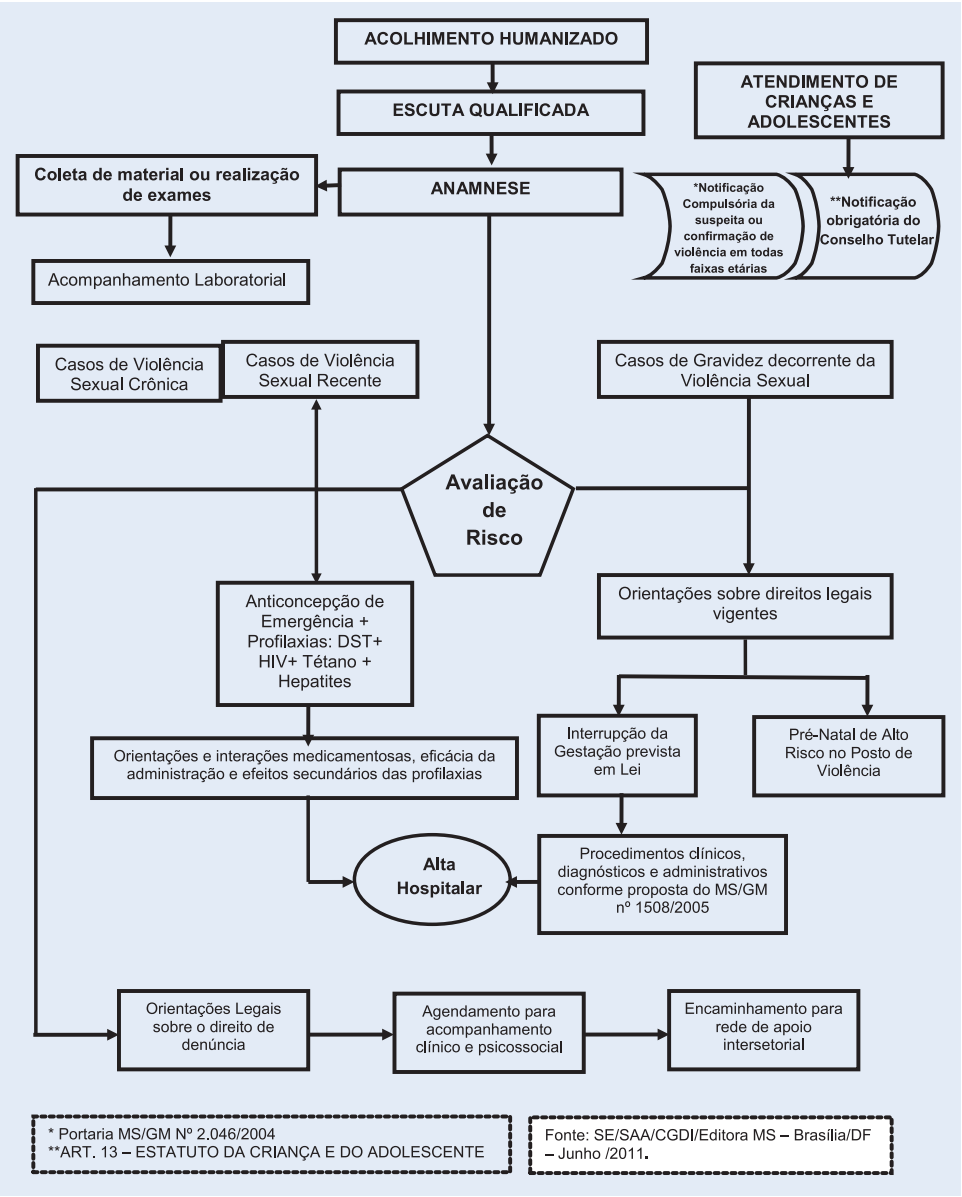
É importante que o enfermeiro no seu dia a dia, com olhar atento, identifique a mulher em situação de violência e a acolha com escuta afetiva e qualificada, livre de julgamentos ou de valores morais. Nesse caso, é necessário, também, realizar encaminhamentos por requerer avaliação de riscos e cuidado de equipe multidisciplinar e interinstitucional, a fim de promover uma linha de cuidado e colocar a mulher na rede de assistência. Isso favorecerá acompanhamento de qualidade, de acordo com todas as necessidades, sejam elas de interrupção da gravidez, de assistência ao pré-natal de anticoncepção de emergência. Além de que dará visibilidade ao agravo, contribuindo consequentemente para a não perpetuação, e agravamento da situação. O agressor na medida do possível deve ser identificado para que possa entrar na Rede e receber a atenção necessária, visto que provavelmente também foi vítima de alguma violência durante sua vida e precisa de acompanhamento.

O enfermeiro deverá preencher a ficha de notificação compulsória de violência doméstica sexual e/ou outras violências na presença de qualquer suspeita ou confirmação da violência, e encaminhar para o núcleo de vigilância epidemiológica. A notificação vai possibilitar obtenção de dados para que seja acompanhada a situação e se montem estratégias para redução do agravo. A Portaria nº 528, de 1º de abril de 2013 define, regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Art. 4º dessa mesma Portaria, o Serviço de Atenção Integral para Mulheres em Situação de Violência Sexual é composto por estabelecimentos de saúde que realizam atendimento ginecológico e/ou obstétrico a mulheres vítimas de violência sexual. Podem ser hospitais gerais e maternidades, prontos-socorros, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência não hospitalares, ambulatórios de especialidades clínicas afins e unidades de atenção básica em saúde.

Em seu Parágrafo Único é descrito, também, as competências dos estabelecimentos de saúde que compõem o Serviço de Atenção Integral para Mulheres em Situação de Violência Sexual. As ações a serem realizadas em favor das mulheres em situação de violência sexual são: acolhimento; atendimento clínico; atendimento psicológico; dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas conforme as normas, regras e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde; notificação compulsória institucionalizada; referência laboratorial para exames necessários; referência para coleta de vestígios de violência sexual e referenciamento na rede do SUS para acompanhamento psicossocial e interface com estabelecimentos de referência definidos na região de saúde.

Fluxo de atendimento em saúde para mulheres e adolescentes em situação de violência sexual


ACOLHIMENTO HUMANIZADO
ESCUTA QUALIFICADA
ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES
Coleta de material ou realização de exames
ANAMNESE
*Notificação Compulsória da suspeita ou confirmação de violência em todas faixas etárias
**Notificação obrigatória do Conselho Tutelar
Acompanhamento Laboratorial
Casos de Violência Sexual Crônica
Casos de Violência Sexual Recente
Casos de Gravidez decorrente da Violência Sexual
Avaliação de Risco
Anticoncepção de Emergência + Profilaxias: DST+ HIV+ Tétano + Hepatites
Orientações sobre direitos legais vigentes
Orientações e interações medicamentosas, eficácia da administração e efeitos secundários das profilaxias
Interrupção da Gestação prevista em Lei
Pré-Natal de Alto Risco no Posto de Violência
Alta Hospitalar
Procedimentos clínicos, diagnósticos e administrativos conforme proposta do MS/GM nº 1508/2005
Orientações Legais sobre o direito de denúncia
Agendamento para acompanhamento clínico e psicossocial
Encaminhamento para rede de apoio intersetorial
* Portaria MS/GM Nº 2.046/2004
**ART. 13 – ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
Fonte: SE/SAA/CGDI/Editora MS – Brasília/DF – Junho /2011.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes – 1. ed., 2. reimpr. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011. 82 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mu-

lher_principios_diretrizes.pdf

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Ministério da Saúde, Manual técnico. 3. ed. Revisada. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. 162 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnica, 3ª ed. atual e ampliada; Brasília Ministério da Saúde, 2011.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0069_M.pdf

_____. _____. Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA, 3ª. edição, atual, amp, 2008. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>. Acesso em: 11 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama: documento do consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 32p. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>. Acesso em: 17 set. 2013.

_____. _____. Instituto Nacional de Câncer. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Parametros_Prog_e_rastreamento_Ca_de_Mama_.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2013.

_____. _____. Portaria Nº. 2439,de 08 de dezembro de 2005. Política nacional de atenção oncológica. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2005. 3p. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>. Acesso em: 18 abr. 2013.

_____. _____. Programa nacional de controle do câncer de mama. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Brasília, DF, abril, 2011. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/521d4900470039c08bd8fb741a182d6f/pncccmama.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2013.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. 52 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.

br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008. 192 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf.

_____. _____. Diretrizes gerais e operacionais da Rede Cegonha. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082

_____. _____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 modificada pela portaria 2.351 de 05/10/11.. Rede Cegonha. Disponível em: http://www.saude.al.gov.br/portaria/legislacao/portaria2351de051011

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. 2. ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2006 [online].

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília :Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREIROS SEXUAS E REPRODUTIVOS. Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Porto Alegre, RS, dez. 2008. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/portal/trilhas/docs/002.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2013.

COREN GOIÁS. Protocolo de enfermagem em atenção à saúde de Goiás. Goiânia, Goiás, COREN GOIÁS, 2010.

_____Legislação do exercício profissional da enfermagem. Goiânia, Goiás, COREN GOIÁS, 2012.

COFEN. RESOLUÇÃO COFEN-195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. Rio de Janeiro, 1997.

_____ RESOLUÇÃO COFEN-223/1999. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal. Rio de Janeiro, 1999.

_____RESOLUÇÃO COFEN-271/2002 – Revogada pela Resolução COFEN--317/2007. Regulamenta ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Rio de Janeiro, 2007.

_____ RESOLUÇÃO COFEN-272/2002 – Revogada pela Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro, 2009.

5 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

Marcos André de Matos[1]

Introdução

A Andrologia constitui-se uma especialidade médica dedicada ao estudo e cuidado da saúde da população masculina. Com efeito, a andrologia é reconhecida como um ramo da Ciência Médica autônoma e individualizada, na qual as categorias profissionais participam de forma inter e multidisciplinares, com um papel extremamente relevante no intercâmbio entre as especialidades da área da saúde.

Este documento foi elaborado visando instrumentalizar a prática diária do enfermeiro no desenvolvimento de intervenções de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, a terapêutica, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma assistência de enfermagem integral com impacto na situação de saúde e autonomia da população masculina e nos fatores determinantes e condicionantes de saúde desse grupo populacional.

O presente protocolo não possui a pretensão de abordar todos os aspectos relativos às ações de enfermagem à saúde do homem, mas constitui-se um norteador para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), garantindo aos homens de 20 a 59 anos, atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS), uma assistência segura, com cuidados e condutas diagnósticas e terapêuticas definidas a partir de critérios técnicos e científicos de eficácia e efetividade. Para tanto, respaldaram-se na Lei do Exercício Profissional Nº 7.498/86, Decreto Nº 94.406/87, Resoluções do Cofen 195/1997; 317/2007 e 358/2009 e Parecer Cofen 17/2010, bem como na Portaria 1.944/2009 que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2009a).

A PNAISH apresenta como diretriz central a integralidade da atenção à saúde da população masculina e possui como objetivo geral a promoção à melhoria das condições de saúde do homem, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência à saúde. A PNAISH visa à assistência à saúde, na perspectiva de uma linha de cuidado que atenda às necessidades de saúde articuladas aos três níveis de atenção, sendo a atenção básica a porta de entrada para o homem no SUS com garantia de continuidade da assistência e, na compreensão de

[1]Enfermeiro doutor, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás

que grande parte dos problemas que afetam a saúde masculina deve ser considerada em sua abrangência histórica, social, emocional, cultural e espiritual e, não meramente biológica (BRASIL, 2009a).

Nesse sentido, este protocolo almeja fornecer subsídios para fortalecer as propostas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem com caráter transversal nos demais protocolos deste documento, de forma a agregar a execução da PNAISH às demais políticas, programas, estratégias e ações do MS, em todos os ciclos vitais da população masculina do Brasil.

Desenvolvimento da temática

Nos últimos anos, observou-se uma dinâmica das transformações demográficas e epidemiológicas na população brasileira. Esse processo foi marcado por uma gradual e progressiva queda na incidência das doenças transmissíveis, devido, especialmente, aos incentivos em políticas preventivas, em particular a imunização e, pela ascensão das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), decorrentes do aumento da prevalência de fatores de risco modificáveis (tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada) e dos determinantes sociais (desigualdades sociais, diferenças no acesso aos serviços de saúde, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação) (BRASIL, 2011; WHO, 2013).

Paralelamente, verifica-se, no Brasil, uma redução da taxa de fecundidade e dos índices de morbimortalidade e consequente aumento da expectativa de vida e índices de envelhecimento ativo da população (BRASIL, 2009b; 2011). Entretanto, as particularidades e especificidades masculinas, nos seus diversos contextos históricos socioculturais, político-econômicos e espirituais assinalam a vulnerabilidade individual, social e programática a qual os homens estão inseridos (DAMIÃO, 2010; GOMES 2011, MATOS, 2013).

A população adulta do Brasil apresenta importantes contrastes quanto aos dados epidemiológicos relacionados aos indicadores de morbidade e mortalidade e dos fatores deletérios de alguns agravos da população masculina. Os achados obtidos, ao longo da última década, segundo o *Datasus,* evidenciam que mais da metade dos óbitos por causas preveníveis e evitáveis, na população de 20 a 59 anos, ocorreram na população masculina. Ainda, esse grupo populacional apresenta maior prevalência de fatores de risco para os agravos transmissíveis e não transmissíveis, sendo que, a cada cinco óbitos, três são homens em idade, economicamente, ativa e as mulheres vivem em média 7,8 anos a mais que os homens, ocasionando um excedente de 3.941.819 mulheres em relação ao número total de homens no Brasil (BRASIL, 2013a).

Somam-se, também, às vulnerabilidades masculinas, os determinantes sociais e culturais que podem estar relacionados às causas de óbitos e dos agravos na população

masculina, como aqueles relacionados às questões de identidade de gênero, orientação sexual e à compreensão atribuída à masculinidade hegemônica, na qual a adoção de características/comportamentos de risco e negligência e/ou déficit de conhecimento acerca do autocuidado aparecem como fatores preditores à elevação dos índices de morbimortalidade dos homens (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, o modelo tradicional das políticas públicas de saúde já instituídas no Brasil que privilegiam os quatro segmentos populacionais do ciclo vital, a saber: crianças, adolescentes, mulheres e idosos não têm se mostrado eficientes para atender às demandas específicas do segmento masculino nos serviços de atenção à saúde; grupo esse que representa cerca de 30% da população brasileira e que possui pouca visibilidade e acessibilidade pelas estratégias públicas de atenção à saúde, em especial, pela complexidade e dimensão continental do Brasil, bem como pelas necessidades singulares da população masculina (BRASIL, 2009b; 2011). Assim, o contexto de envelhecimento populacional do Brasil, a mudança do perfil epidemiológico e as vulnerabilidades masculinas reforçam a necessidade de constantes avaliações, correções e inovações para o aprimoramento das estratégias do SUS para atender aos indivíduos e à coletividade em todas as fases da vida, em especial, aos homens de 20 a 59 anos.

Com vistas a nortear os gestores nas ações de atenção integral em andrologia, por meio da PNAISH, a área Técnica de Saúde do Homem do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) instituiu o Plano de Ação Nacional com uma série de medidas específicas dentro dos nove eixos temáticos de ação: 1. Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; 2. Promoção de saúde com foco na elaboração de estratégias para aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde; 3. Informação e comunicação para sensibilizar os homens e suas famílias, estimulando o autocuidado e hábitos saudáveis, por meio de ações de informação, educação e comunicação; 4. Participação, relações institucionais e controle social que buscam associar as ações governamentais com a sociedade civil organizada, a fim de potencializar ações voltadas para essa população; 5. Implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem, com o objetivo de fortalecer a atenção básica e melhorar o atendimento, a qualidade e resolubilidade dos serviços de saúde; 6. Qualificação de profissionais da saúde para o desenvolvimento de estratégias em educação permanente para os trabalhadores do SUS; 7. Avaliação dos insumos, equipamentos e recursos humanos que garantam a adequada atenção à população masculina; 8. Sistemas de informação com o objetivo de melhorar e qualificar as informações destinadas a essa população e 9. Avaliação do projeto-piloto por meio de realização de estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações, por meio do monitoramento da Política.

A saúde da população masculina vem ganhando notoriedade e espaço entre os gestores dos serviços de saúde e da academia devido à maior divulgação e exploração

dos dados dos sistemas de informações epidemiológicas, o aumento mesmo que incipiente da produção científica e a criação de estratégias públicas específicas para essa população. Nesse contexto, o Quadro 1 lista os principais fatores que contribuem para inviabilizar a procura dos homens pelos serviços de saúde.

Quadro 1. Fatores que contribuem para distanciar os homens dos serviços de saúde

✓ Fortalecimento da cultura de uma masculinidade hegemônica.
✓ Noção de invulnerabilidade do homem com a busca do risco como um valor.
✓ Inabilidade em abordar a andrologia como tema transversal nos demais programas do Ministério da Saúde.
✓ Feminilização da estética das unidades de saúde, favorecendo o não pertencimento do homem ao ambiente.
✓ Concepção social de que o adoecimento é sinônimo de fragilidade e feminilidade.
✓ Reprodução da cultura de gênero segundo a qual saúde diz respeito às mulheres.
✓ Ineficiência nas estratégias de acolhimento ao homem nos serviços de saúde.
✓ Cultura do homem em valorizar as práticas curativas, não reconhecendo suas necessidades de orientações preventivas.
✓ Falta de capacitação técnica e científica dos profissionais de saúde para atendimento em andrologia.
✓ Fragilidade nas ações de busca ativa do homem.
✓ Dificuldade da população feminina bem como dos profissionais de saúde em incluir o homem nas consultas de planejamento familiar, pré-nupcial, pré-natal, ginecológica, obstétrica e pediátrica.
✓ Tempo restrito em relação à licença paternidade, não valorizando o homem no cuidado e paternidade.
✓ Déficit de conhecimento dos homens quanto ao funcionamento e estrutura do SUS.
✓ Dificuldade de implantação do Programa Saúde nas Escolas.
✓ Cultura do homem de procurar os serviços de atenção secundária e terciária para atender as suas necessidades.
✓ Falta de cultura de corresponsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina.
✓ Fortalecimento da cultura da automedicalização pela questão de gênero.

✓ Atendimento de saúde do homem focado apenas nas queixas e patologias.
✓ Profissionais de saúde destinam menos tempo aos homens durante as consultas.
✓ Ausência de profissionais com especialidade em andrologia.
✓ Ausência da temática saúde do homem nos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de formação dos profissionais de saúde.
✓ Insuficiência no acolhimento do homem durante as ações de educação em saúde.
✓ Inexistência de políticas de educação continuada acerca da temática andrologia.
✓ Uso de metodologias de ensino-aprendizagem nas atividades educativas que não atraem o público masculino.
✓ Campanhas educativas e de sensibilização que não abarcam as singularidades masculinas.
✓ Dificuldade dos profissionais em trabalhar a identidade de gênero e orientação sexual durante o cuidado.
✓ Insivibilidade dos homens como potenciais cuidadores e usuários dos serviços de saúde.
✓ Escassez de comemorações nas UBS voltadas especificamente para os homens, como o dia dos pais e o dia nacional e internacional do homem.
✓ Inexistência de horários específicos para consulta andrológica.
✓ Fortalecimento dos mitos e tabus em relação à avaliação prostática (toque retal).
✓ Desconhecimento dos homens acerca de seus direitos em relação à assistência em saúde, avaliação andrológica e exames de rotina.
✓ Despreparo dos profissionais de saúde para atenderem a diversidade sexual, ultrapassando a dimensão biomédica e muitas vezes adotando atitudes e valores de ordem pessoal e moral.
✓ Falta de intervenções que estimulem os homens a buscarem os serviços de saúde.
✓ Escassez de projetos de qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde para lidarem com o público masculino.
✓ Visitas domiciliares voltadas apenas para a pessoa índice que necessita de atendimento, não abordando a coletividade.
✓ Carência de políticas que atendam os homens quando os mesmos são acompanhantes de usuários nas UBS.

✓ Indisponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos voltados para a população masculina.
✓ Carência de trabalhos de pesquisa e extensão voltados para a saúde do homem.
✓ Deficiência de investimentos em qualificação profissional de todos os atores das UBS sobre a temática andrologia.

Visando proporcionar um atendimento integral ao homem, o presente Protocolo de Enfermagem traz os pressupostos dos nove eixos temáticos do Plano de Ação Nacional e objetivos da PNAISH como fatores preponderantes para a consulta de enfermagem à população masculina, também atuando nos fatores que distanciam os homens dos serviços de saúde.

Atendimento à população masculina nas Unidades Básicas de Saúde

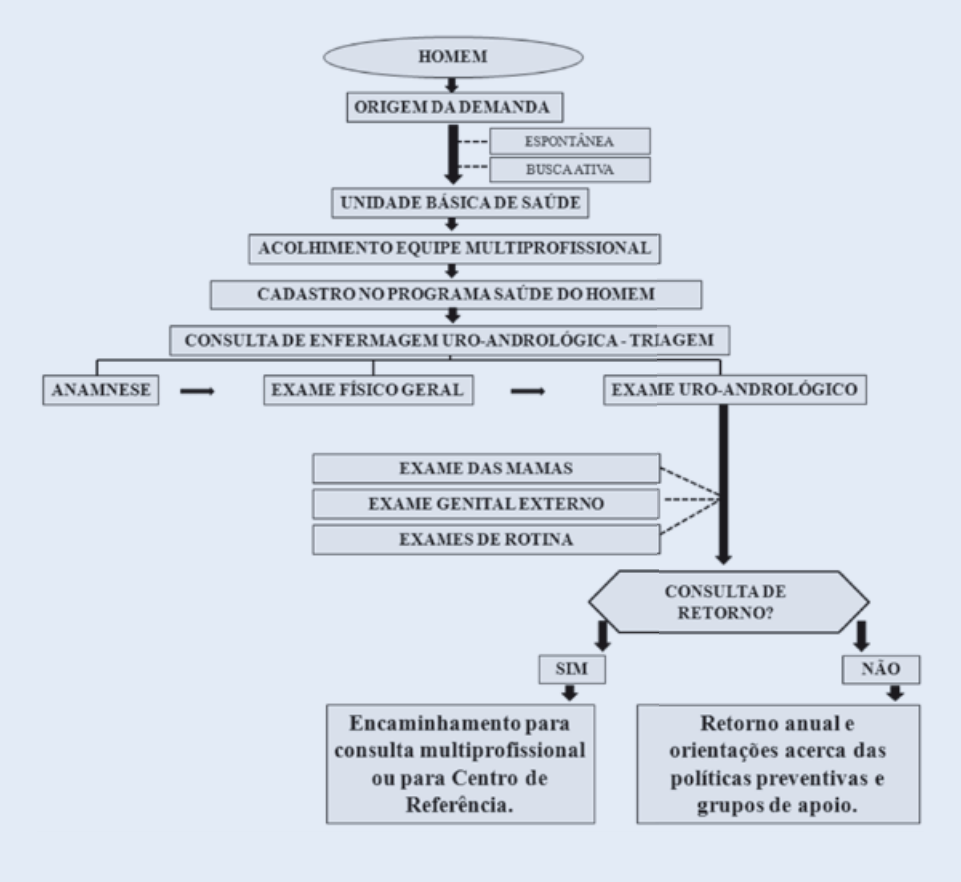
Assistência de enfermagem ao homem de 20 a 59 anos

A assistência de enfermagem em andrologia nas Unidades Básicas de Saúde compreende uma série de ações sistemáticas englobando: a) o acesso, acolhimento e recepção do usuário; b) consulta de enfermagem com avaliação holística progressivamente integral da situação de saúde do indivíduo, família e comunidade; definição dos diagnósticos de enfermagem; realização das intervenções; avaliação dos cuidados e anotações de enfermagem; c) encaminhamentos a consultas multiprofissionais ou serviço especializado (COFEN, 2010).

A figura 1 demonstra o fluxograma geral de atendimento do homem nas Unidades Básicas de Saúde.

Nesse processo, o raciocínio crítico e julgamento clínico na prática de enfermagem representa uma importante ferramenta para a SAE na atenção ao homem, norteando, aprimorando e atribuindo à prática do cuidar, cientificidade, efetividade, credibilidade, coerência, resolubilidade, aplicabilidade, confiabilidade e visibilidade (CERRULO, CRUZ; 2010).

Figura 1. Fluxograma geral de enfermagem para a atenção integral à saúde do homem nas Unidades Básicas de Saúde

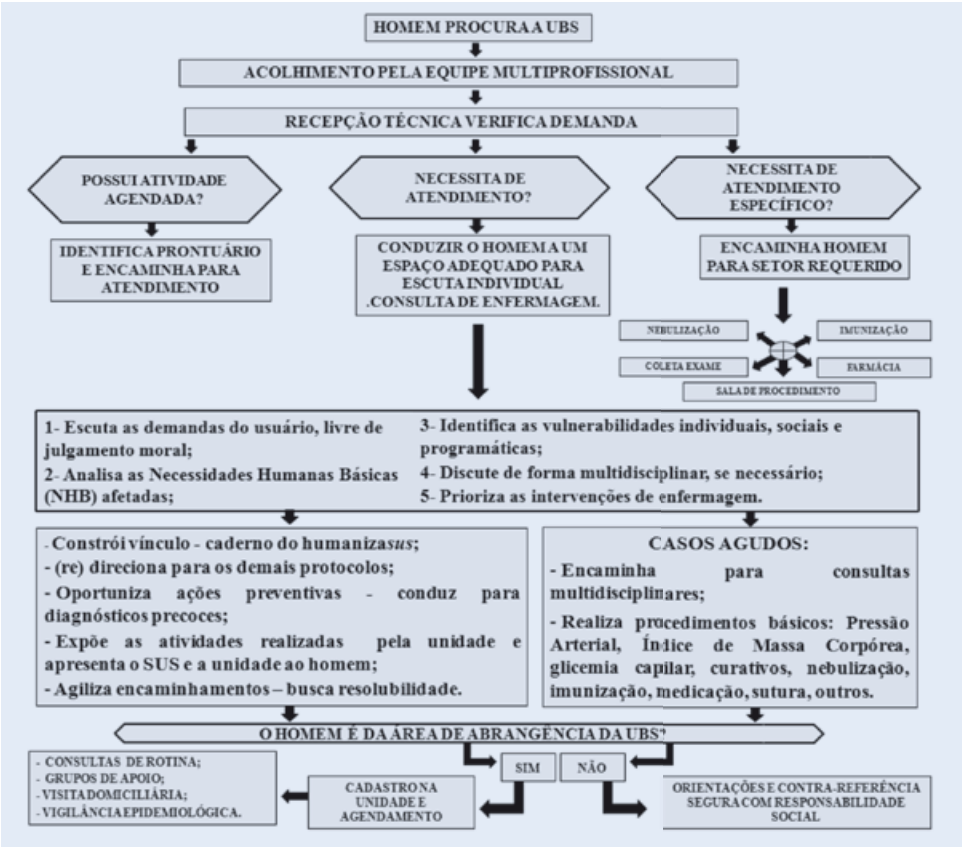


*Aproveitar que o homem está na Unidade Básica de Saúde e encaminhar para realização de exames de rotina, entrega de preservativos e imunização (vide protocolo de imunização).

Acesso e acolhimento da população masculina

Dentre os principais desafios atuais da Atenção Básica à Saúde (ABS), enquanto um dos eixos estruturantes do SUS destacam-se o acesso e acolhimento da população masculina nos serviços de saúde, uma vez que, historicamente, o homem não possui o hábito de procurar assistência primária à saúde e os profissionais encontram dificuldades em realizar estratégias de sensibilização e acolhimento dessa clientela (BRASIL, 2009; 2012). Nesse sentido, apresenta-se, na figura 2, um fluxograma de acolhimento ao homem nas UBS, com foco na Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2010).

Figura 2. Fluxograma de acesso e acolhimento de enfermagem ao homem nas Unidades Básicas de Saúde


HOMEM PROCURA A UBS
ACOLHIMENTO PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
RECEPÇÃO TÉCNICA VERIFICA DEMANDA
POSSUI ATIVIDADE AGENDADA?
NECESSITA DE ATENDIMENTO?
NECESSITA DE ATENDIMENTO ESPECÍFICO?
IDENTIFICA PRONTUÁRIO E ENCAMINHA PARA ATENDIMENTO
CONDUZIR O HOMEM A UM ESPAÇO ADEQUADO PARA ESCUTA INDIVIDUAL .CONSULTA DE ENFERMAGEM.
ENCAMINHA HOMEM PARA SETOR REQUERIDO
NEBULIZAÇÃO
IMUNIZAÇÃO
COLETA EXAME
FARMÁCIA
SALA DE PROCEDIMENTO
1- Escuta as demandas do usuário, livre de julgamento moral;
2- Analisa as Necessidades Humanas Básicas (NHB) afetadas;
3- Identifica as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas;
4- Discute de forma multidisciplinar, se necessário;
5- Prioriza as intervenções de enfermagem.
- Constrói vínculo - caderno do humanizasus;
- (re) direciona para os demais protocolos;
- Oportuniza ações preventivas - conduz para diagnósticos precoces;
- Expõe as atividades realizadas pela unidade e apresenta o SUS e a unidade ao homem;
- Agiliza encaminhamentos – busca resolubilidade.
CASOS AGUDOS:
- Encaminha para consultas multidisciplinares;
- Realiza procedimentos básicos: Pressão Arterial, Índice de Massa Corpórea, glicemia capilar, curativos, nebulização, imunização, medicação, sutura, outros.
O HOMEM É DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UBS*
SIM
NÃO
- CONSULTAS DE ROTINA;
- GRUPOS DE APOIO;
- VISITA DOMICILIÁRIA;
- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.
CADASTRO NA UNIDADE E AGENDAMENTO
ORIENTAÇÕES E CONTRA-REFERÊNCIA SEGURA COM RESPONSABILIDADE SOCIAL

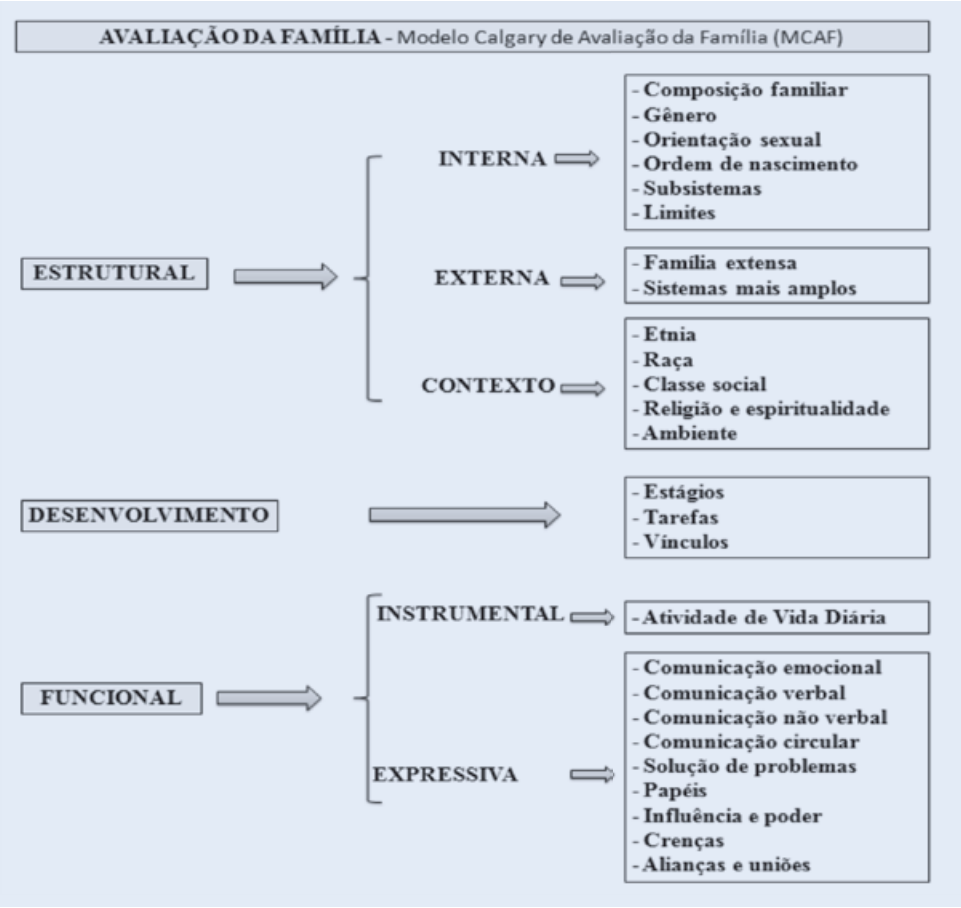
* vide quadro 8 que aborda as principais intervenções que podem contribuir para aproximar e acolher os homens nos serviços de saúde.

Consulta de Enfermagem em Andrologia

Anamnese

- **Características sociodemográficas:** identidade de gênero, orientação sexual (heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, transsexualidade, panssexualidade, assexualidade e intergênero), idade, cor/raça, escolaridade, profissão, ocupação,naturalidade, procedência, estado civil, renda familiar, descrição da moradia e religião.
- **Descrição do genograma e ecomapa:** esses instrumentos têm se mostrado como valiosa ferramenta para o conhecimento da estrutura, desenvolvimento e da funcionalidade das famílias, subsidiando as intervenções que influenciam os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade, conforme evidencia o quadro II (WRIGHT, LEAHEY, 2012).

Quadro 2 - Diagrama ramificado do MCAF (modificado)



Fonte: WRIGHT, LEAHEY, 2012.

- **Antecedentes familiares:** relato familiar de Hiperplasia Benigna Prostática (HBP), câncer de próstata, doenças cardiovasculares (Hipertensão Arterial Sistêmica, Aterosclerose, Infarto Agudo do Miocárdio), renais, autoimunes e endócrinas (Diabetes *mellitus*), obesidade e etilismo.
- **História de saúde pregressa:** comorbidades transmissíveis e não transmissíveis, alergias, cirurgias, tabagismo, uso de álcool e outras drogas, hábitos e vícios (abandono), sedentarismo e atividade física, internação por causas externas (acidentes de transporte, quedas, afogamentos, intoxicação, queimaduras, acidente com animais peçonhentos, exposição à radiação e violência), tratamento dentário, imunização, uso de medicamentos, polifarmácia, doenças da infância e/ou adolescência, fotoproteção solar, conhecimento prévio da doença e adesão à terapêutica.
- **Antecedentes uro-andrológicos:** sexarca, uso de métodos contraceptivos, contracepção, uso de preservativo com parceira fixa e não fixa, número de filhos, autoexame

testicular e de mama, uso de próteses (silicone), antecedentes de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), histórico de disfunção erétil, aborto, infertilidade e uso de hormônios, fimose, balanopostite, ginecomastia, HBP, orquiepididimite, priapismo, escroto agudo, varicocele, disfunção erétil, atividade sexual, libido, história de cirurgia, trauma renal, uretral e de genitália externa, infecção urinária, incontinência urinária, história de toque prostático (retal), níveis de testosterona e espermograma completo, data e motivo da última visita à unidade de saúde, diurese e Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino (DAEM).

- **Queixa principal:** investigar holisticamente as características de problemas relatados (início, duração, intensidade, fatores agravantes e minimizadores).
- **Doença ou preocupação de saúde atual:** não subestimar a clínica e a preocupação do homem. Acolher os homens, valorizando sua capacidade, escutando suas demandas e sugestões (escuta sem juízo de valores de ordem pessoal e moral), oferecendo apoio nas situações difíceis e incentivando-os a cuidar da própria saúde.
- **Perfil do homem:** percepção de masculinidade, vulnerabilidade, identidade de gênero e orientação sexual, satisfação com o emprego, lazer, ambiente interpessoal e cultural, relacionamento familiar e sistema de apoio, autocuidado, padrão de estilo de vida, autoimagem, autorrealização, autoconceito e filosofia de vida.
- **Cuidador:** verificar presença e grau de dependência do cuidador formal ou informal.

Triagem

- **Verificar e registrar peso e altura calculando o Índice de Massa Corpórea (IMC):** o IMC é definido como o peso do homem em quilos dividido pelo quadrado da sua altura em metros (IMC = kg/m^2) (WHO, 2000). O IMC é uma medida para indicar o estado nutricional, sendo que, para adultos com mais de 20 anos de idade, o IMC se encaixa em uma das seguintes categorias descritas no quadro abaixo:

Quadro 3. Valores de IMC com as respectivas classificações e riscos de comorbidade para homens (modificado)

CLASSIFICAÇÃO	IMC (kg/m^2)	RISCO DE COMORBIDADE
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Peso normal	18,5 a 24,9	Médio
Sobrepeso	≥ 25,0	-
Pré-obesidade	25,0 a 29,9	Aumentado
Obesidade classe I	30,0 a 34,9	Moderado
Obesidade classe II	35,0 a 39,9	Grave
Obesidade classe III	≥ 40,0	Muito grave

Fonte: WHO, 2000.

- **Verificar e registrar a circunferência abdominal:** realiza-se a medida em cm da circunferência abdominal no maior perímetro abdominal entre a última costela e a crista ilíaca (WHO, 2003). Os valores de referência são apresentados no quadro 4.

Quadro 4. Circunferência abdominal e risco de complicações metabólicas associadas com obesidade em homens (modificado)

IDADE (anos)	BAIXO RISCO (cm)	MODERADO RISCO (cm)	ALTO RISCO (cm)	ELEVADO RISCO (cm)
20 a 29	< 0,83	0,83 a 0,88	0,89 a 0,94	> 0,94
30 a 39	< 0,84	0,84 a 0,91	0,92 a 0,96	> 0,96
40 a 49	< 0,88	0,88 a 0,95	0,96 a 1,00	> 1,00
50 a 59	< 0,90	0,91 a 0,98	0,97 a 1,02	> 1,02

Fonte:WHO, 2003.

- **Verificar e registrar os valores de níveis de glicemia capilar:** verificar glicemia capilar, segundoas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009) (Quadro 5), lembrando que se considera jejum a falta de ingestão calórica por, no mínimo, oito horas (vide protocolo de *diabetes mellitus*).

Quadro 5. Valores de glicose plasmática (em md/dl) para diagnóstico de *diabetes mellitus* e seus estágios pré-clínicos (modificado)

CATEGORIA	JEJUM	DUAS HORAS APÓS 75g DE GLICOSE	CASUAL
Glicemia normal	< 100	< 140	-
Tolerância à glicose diminuída	> 100 a < 126	≥ 140 a < 200	-
Diabetes mellitus	≥ 126	≥ 200	≥ 200 + Poliúria, Polidipsia, Polifagia e Perda de peso.

Fonte: Ministério da Saúde, 2009.

- **Verificar e registrar os valores da Pressão Arterial (PA):** aferir a PA, conforme as recomendações da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) (quadro 6), atentando-se para o efeito do avental branco devido às peculiaridades da população masculina (vide protocolo de HAS).

Quadro 6. Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório para homens maiores de 18 anos (modificado)

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA	PRESSÃO DIASTÓLICA
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio I	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio II	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio III	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

- **Verificar e registrar outros sinais vitais:** temperatura, frequência cardíaca e frequência respiratória.

Devido à relevância clínica da dor para manter a homeostase do indivíduo, juntamente com os dados epidemiológicos que evidenciam que a dor aguda representa uma das principais causas de busca por serviços de saúde entre a população masculina, recomenda-se realizar a mensuração da dor utilizando a Escala Visual Analógica (EVA). Na EVA de dor, o valor 0 (zero) corresponde à classificação "Sem Dor" e o 10 (dez), à classificação "Dor Máxima" (dor de intensidade máxima imaginável), conforme quadro 7 (CONTRERAS et al., 2010; SBED, 2009).

Quadro 7. Instrumento de avaliação de dor - EVA (modificado)



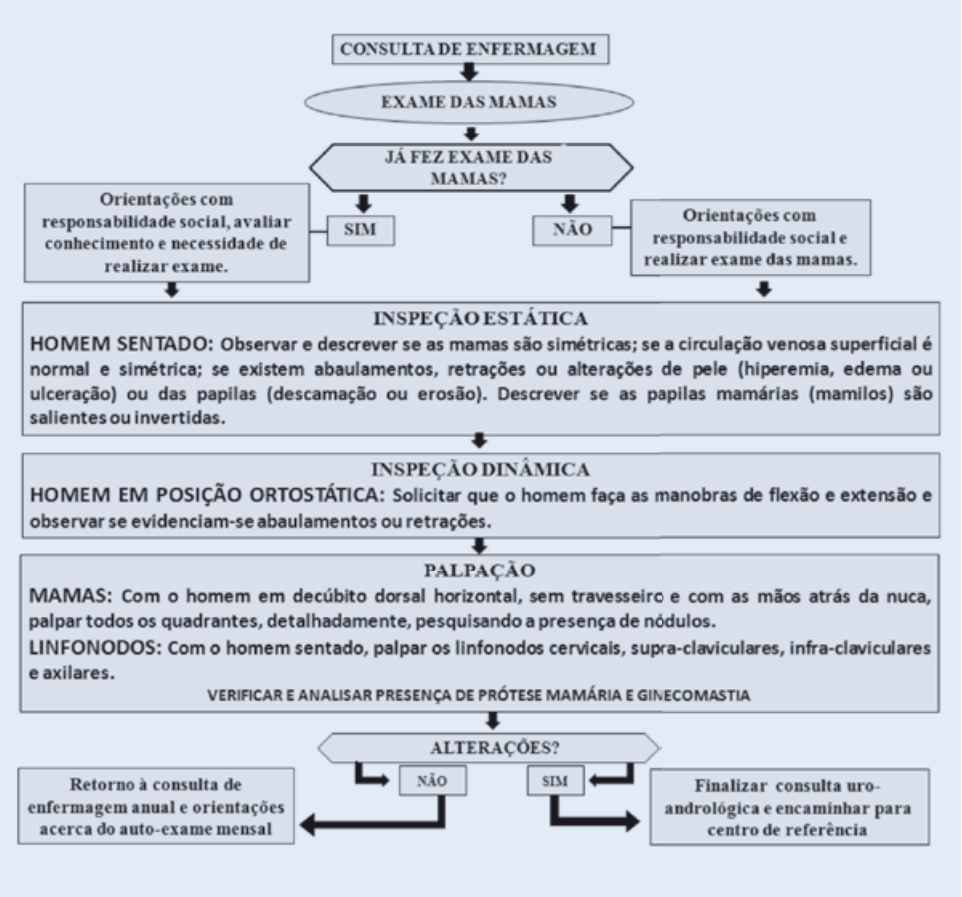
Fonte: Sociedade Brasileira de Dor, 2009.

Exame físico geral

- **Avaliação cogniscente:** realizar Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e avaliar se o homem faz uso de substâncias psicoativas (vide protocolo de saúde mental).
- **Hidratação e nutrição:** verificar estado de hidratação: turgor da pele, ressecamento, etc. Investigar quantidade de água e líquidos ingeridos por dia; avaliar estado nutricional, hábitos alimentares, etc.
- **Oxigenação:** cianose, perfusão tissular periférica, etc.

- **Autocuidado, abrigo, liberdade e comunicação.**
- **Amor, gregária, segurança, criatividade, aprendizagem, atenção e aceitação:**
- **Regulação térmica, hormonal, vascular, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica e crescimento celular.**
- **Sono e repouso:** verificar prática regular de exercícios e atividade física, mecânica corporal/motilidade, locomoção, recreação, lazer e participação; investigar padrão de sono, insônia.
- **Cuidador:** verificar presença e dependência de cuidador formal ou informal.
- **Inspeção e palpação da cabeça e pescoço:** observar alopecia, dentição prejudicada, presença de estomatites, saburra, percepção olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa e dolorosa. Avaliar características: localização, tamanho, consistência, fixação, sensibilidade dolorosa, rapidez de aumento, comprometimento de gânglios ou cadeias ganglionares da cabeça e pescoço (gânglios occipitais, gânglios auriculares anteriores e posteriores, gânglios submandibulares, gânglios submentonianos, gânglios cervicais profundos inferiores e superiores, gânglios cervicais superficiais e posteriores); avaliar alterações da pele da cabeça e pescoço (rubor, temperatura, fístulas, lesões e cicatrizes);
- **Exame torácico:** realizar 1- Inspeção (frequência respiratória, tipo, ritmo e amplitude, formato do tórax, simetria, condições da pele e rede venosa visível); 2- Palpação (estrutura osteomusculares, hipersensibilidade dolorosa, frêmito tóraco-vocal e prega cutânea); 3- Percussão (verificar padrão de normalidade ou anormalidade a percussão torácica) e, 4- Ausculta (auscultar padrão de sons pulmonares - murmúrios vesiculares e/ou ruídos adventícios);
- **Exame das mamas:** realizar a avaliação das mamas, com base na inspeção estática e dinâmica e palpação (Figura 3). Mesmo com uma porcentagem menor 1:1.000 mulheres, o câncer de mama masculino deve ser investigado, uma vez que, assim como as mulheres, os homens se enquadram em uma população de risco, a qual precisa ser reconhecida e identificada (GETHINS, 2012).

Figura 3. Fluxograma do exame de prevenção ao câncer de mama masculino – consulta uro-andrológica

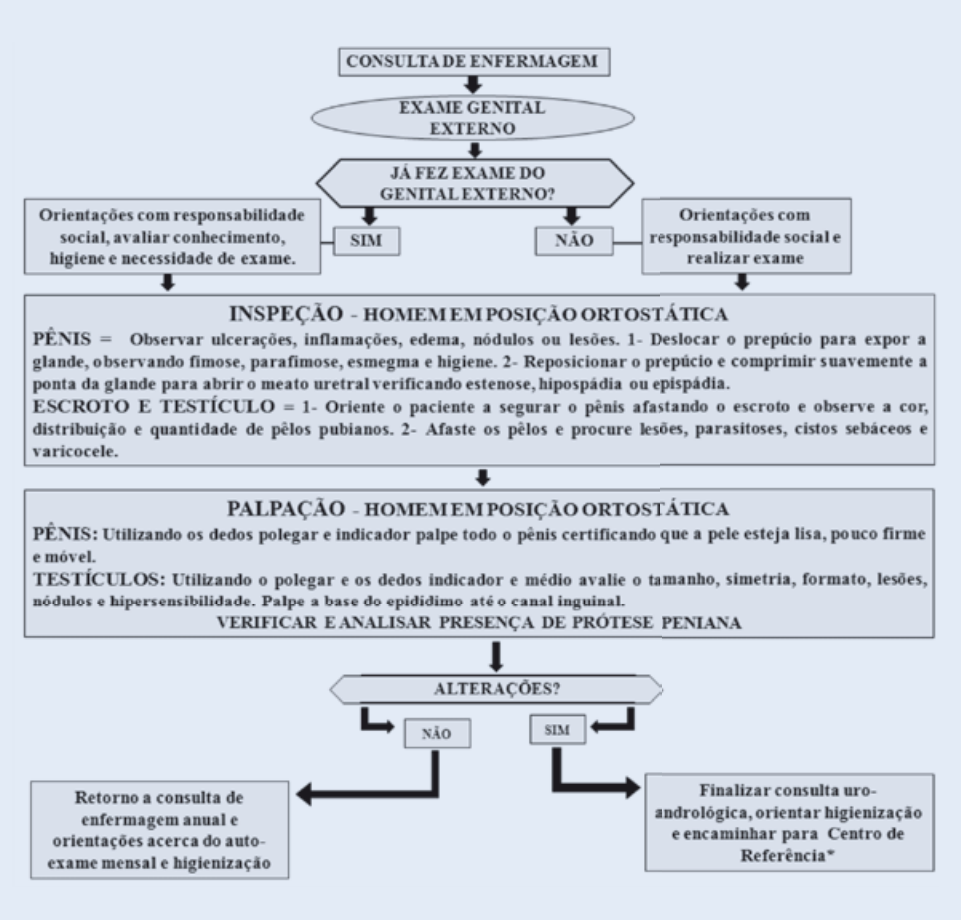

CONSULTA DE ENFERMAGEM
EXAME DAS MAMAS
JÁ FEZ EXAME DAS MAMAS?
Orientações com responsabilidade social, avaliar conhecimento e necessidade de realizar exame.
SIM
NÃO
Orientações com responsabilidade social e realizar exame das mamas.
INSPEÇÃO ESTÁTICA
HOMEM SENTADO: Observar e descrever se as mamas são simétricas; se a circulação venosa superficial é normal e simétrica; se existem abaulamentos, retrações ou alterações de pele (hiperemia, edema ou ulceração) ou das papilas (descamação ou erosão). Descrever se as papilas mamárias (mamilos) são salientes ou invertidas.
INSPEÇÃO DINÂMICA
HOMEM EM POSIÇÃO ORTOSTÁTICA: Solicitar que o homem faça as manobras de flexão e extensão e observar se evidenciam-se abaulamentos ou retrações.
PALPAÇÃO
MAMAS: Com o homem em decúbito dorsal horizontal, sem travesseiro e com as mãos atrás da nuca, palpar todos os quadrantes, detalhadamente, pesquisando a presença de nódulos.
LINFONODOS: Com o homem sentado, palpar os linfonodos cervicais, supra-claviculares, infra-claviculares e axilares.
VERIFICAR E ANALISAR PRESENÇA DE PRÓTESE MAMÁRIA E GINECOMASTIA
ALTERAÇÕES?
NÃO
SIM
Retorno à consulta de enfermagem anual e orientações acerca do auto-exame mensal
Finalizar consulta uro-andrológica e encaminhar para centro de referência

- **Exame cardíaco:**O enfermeiro deve examinar buscando respostas às seguintes questões: 1- O ritmo é regular? 2- As bulhas cardíacas estão hiperfonéticas, hipofonéticas ou desdobradas? 3- Apresenta bulhas B3 ou B4? 4- Como está a sístole e diástole? 5- Possui sopro? 6- Apresenta *click* e atrito? 7- Tem sopro, estalido e/ou atrito? 8- *Ictus cordis* palpável ou não? Com quantas polpas digitais? (PORTO, 2012).
- **Exame abdominal:**1- Inspeção estática e dinâmica (tipo de abdome, condições da pele, rede venosa, pulsações e movimentos peristálticos) 2- Ausculta (ruídos hidroaéreos: hipoativos ou hiperativos e sopros arteriais) 3- Percussão (hepatometria, esplenometria, estômago e intestino) e4- Palpação superficial e profunda (verificar sinal de *Blumberg*, *Giordano* e *Murphy*, piparote, presença de algia à palpação, circulação colateral e características da cicatriz umbilical: posição, forma, coloração e a presença de qualquer secreção ou de qualquer abaulamento). O examinador dever estar ciente

de que a respiração no sexo masculino é, predominantemente, abdominal, enquanto no sexo feminino é mais costal (PORTO, 2012);

- **Exame genital externo masculino:** embora os homens e os profissionais de saúde não tenham o hábito de realizarem o exame do genital externo, esse autocuidado é necessário para a prevenção e detecção precoce de câncer de pênis e testículo que tem aumentado, consideravelmente, nos últimos anos (BRASIL, 2013b). Os passos para esse exame inclui inspeção e palpação e estão descritos na Figura 4.

Figura 4. Fluxograma do exame genital externo masculino – consulta uro-andrológica


CONSULTA DE ENFERMAGEM
EXAME GENITAL EXTERNO
JÁ FEZ EXAME DO GENITAL EXTERNO?
SIM
NÃO
Orientações com responsabilidade social, avaliar conhecimento, higiene e necessidade de exame.
Orientações com responsabilidade social e realizar exame
INSPEÇÃO - HOMEM EM POSIÇÃO ORTOSTÁTICA
PÊNIS = Observar ulcerações, inflamações, edema, nódulos ou lesões. 1- Deslocar o prepúcio para expor a glande, observando fimose, parafimose, esmegma e higiene. 2- Reposicionar o prepúcio e comprimir suavemente a ponta da glande para abrir o meato uretral verificando estenose, hipospádia ou epispádia.
ESCROTO E TESTÍCULO = 1- Oriente o paciente a segurar o pênis afastando o escroto e observe a cor, distribuição e quantidade de pêlos pubianos. 2- Afaste os pêlos e procure lesões, parasitoses, cistos sebáceos e varicocele.
PALPAÇÃO - HOMEM EM POSIÇÃO ORTOSTÁTICA
PÊNIS: Utilizando os dedos polegar e indicador palpe todo o pênis certificando que a pele esteja lisa, pouco firme e móvel.
TESTÍCULOS: Utilizando o polegar e os dedos indicador e médio avalie o tamanho, simetria, formato, lesões, nódulos e hipersensibilidade. Palpe a base do epidídimo até o canal inguinal.
VERIFICAR E ANALISAR PRESENÇA DE PRÓTESE PENIANA
ALTERAÇÕES?
NÃO
SIM
Retorno a consulta de enfermagem anual e orientações acerca do auto-exame mensal e higienização
Finalizar consulta uro-andrológica, orientar higienização e encaminhar para Centro de Referência*

*De acordo com os sinais e sintomas iniciar tratamento conforme o preconizado pela abordagem sindrômica do Ministério da Saúde (vide protocolo de Doenças Sexualmente Transmissíveis).

- **Exame anal:** colocar homem na posição de *sims* e verificar presença de hemorroidas, nódulos, fissuras, lesões ou ulcerações em região anal (vide protocolo de Doenças

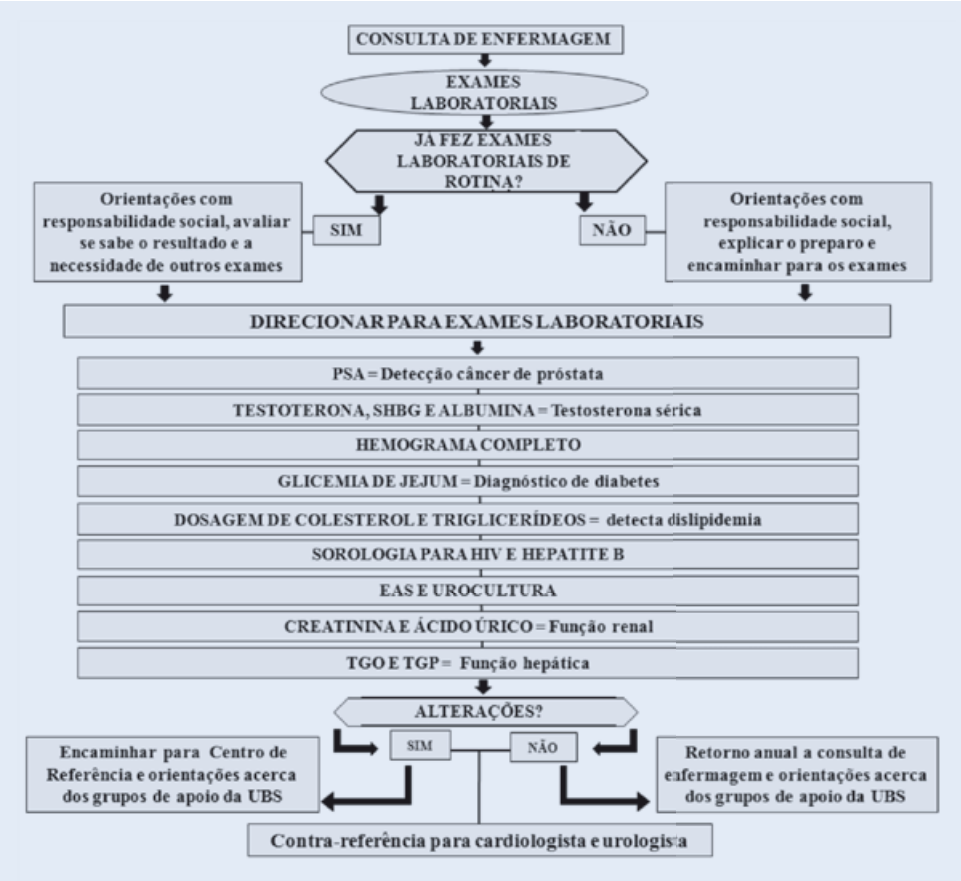
Sexualmente Transmissíveis).

- **Exame de próstata:** A Sociedade Brasileira de Urologia recomenda que todos os homens acima de 50 anos e os homens acima de 45 anos de pele negra, obesos ou que possuem histórico familiar de Ca de próstata sejam encaminhados para atendimento anual em centro de referência, mesmo que não apresentem sintomas específicos (BRASIL, 2013b; SBU, 2013a). Cabe destacar que o valor sérico da dosagem do Antígeno Prostático Específico (PSA) utilizado juntamente com o toque prostático constituem padrão ouro, ou seja, é o método mais adequado para o diagnóstico do Ca de próstata (BRASIL, 2008; 2013b).
- **Eliminações urinárias e intestinais:** verificar frequência, quantidade, consistência, cor, odor, algia e presença de sangue, muco, gordura ou grumos à eliminação urinária e/ou intestinais.
- **Membros:** observar presença de edema (teste do cacifo), rede venosa visível, algia, panturrilhas livres (sinal da bandeira), perfusão tissular periférica e presença de lesões, nódulos, ulcerações e celulites.

Exames Laboratoriais

A Sociedade Brasileira de Urologia sugere que, assim como as mulheres, os homens, também, sejam orientados desde a infância a realizarem "check-ups" anuais para promoção da saúde e prevenção de doenças (SBU, 2013b). O fluxograma para pedido de exames laboratoriais à população masculina nas Unidades Básicas de Saúde está descritos na Figura 5.

Figura 5. Fluxograma dos exames laboratoriais da população masculina - consulta uro -andrológica


CONSULTA DE ENFERMAGEM
EXAMES LABORATORIAIS
JÁ FEZ EXAMES LABORATORIAIS DE ROTINA?
SIM
NÃO
Orientações com responsabilidade social, avaliar se sabe o resultado e a necessidade de outros exames
Orientações com responsabilidade social, explicar o preparo e encaminhar para os exames
DIRECIONAR PARA EXAMES LABORATORIAIS
PSA = Detecção câncer de próstata
TESTOTERONA, SHBG E ALBUMINA = Testosterona sérica
HEMOGRAMA COMPLETO
GLICEMIA DE JEJUM = Diagnóstico de diabetes
DOSAGEM DE COLESTEROL E TRIGLICERÍDEOS = detecta dislipidemia
SOROLOGIA PARA HIV E HEPATITE B
EAS E UROCULTURA
CREATININA E ÁCIDO ÚRICO = Função renal
TGO E TGP = Função hepática
ALTERAÇÕES?
SIM
NÃO
Encaminhar para Centro de Referência e orientações acerca dos grupos de apoio da UBS
Retorno anual a consulta de enfermagem e orientações acerca dos grupos de apoio da UBS
Contra-referência para cardiologista e urologista

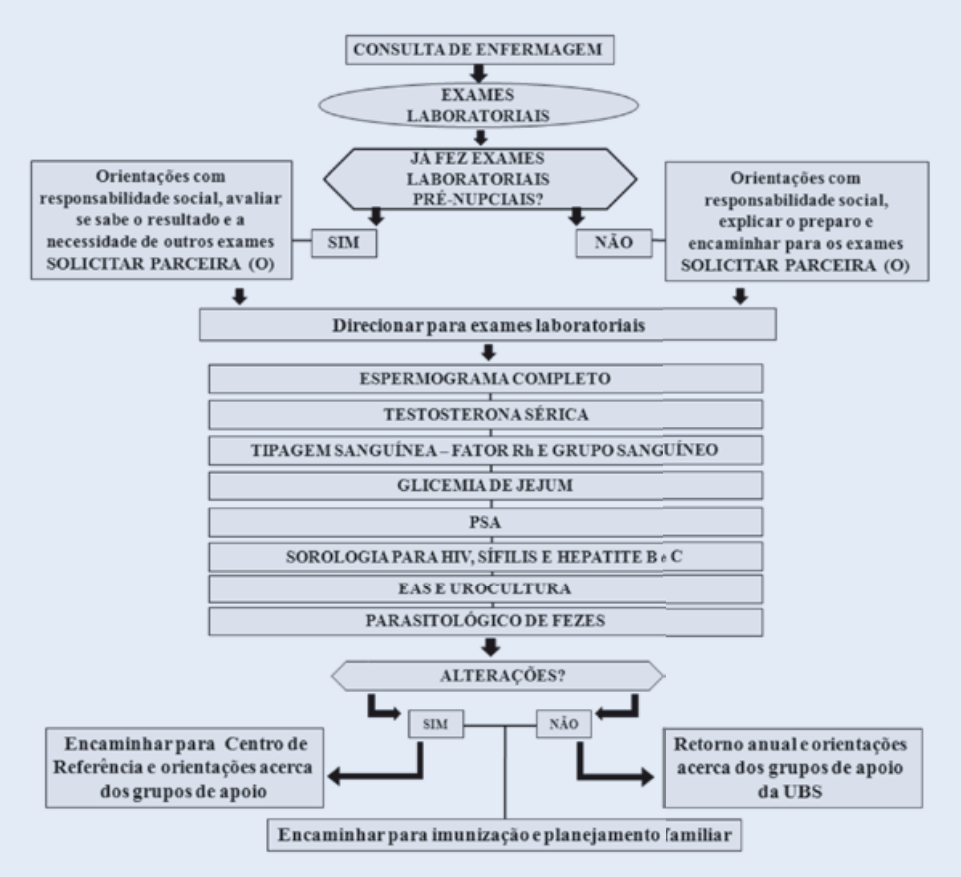
Consulta pré-nupcial ao homem

A Organização Mundial de Saúde (2012) considera que a infertilidade consiste na incapacidade de um casal engravidar, após um intervalo de tempo de um ano de tentativa, sem utilização dos métodos contraceptivos. Estima-se que, mundialmente, a infertilidade atinge cerca de 8 a 15% dos casais, sendo que o homem é responsável por aproximadamente 30% das causas. Assim, a consulta pré-nupcial é, extremamente, relevante, pois contribui para diagnosticar doenças ou anomalias que possam interferir na vida sexual do casal e de seus descendentes, bem como objetiva orientar a respeito dos métodos contraceptivos mais eficientes para o estilo de vida do casal (MASCARENHAS et al., 2012; SANTOS et al., 2013).

As etapas da consulta pré-nupcial estão descritas abaixo e incluem anamnese e pedidos de exames laboratoriais (Figura 6). Na anamnese são importantes a verificação de história de doenças pregressa com potencial de dificultar a gravidez ou má formação

genética, faixa etária, vacinas, medicamentos, tratamentos médicos de infertilidade, mapeamento de anomalias genéticas na família e histórico de aborto.

Figura 6. Fluxograma da consulta e exames pré-nupciais do homem


CONSULTA DE ENFERMAGEM
EXAMES LABORATORIAIS
JÁ FEZ EXAMES LABORATORIAIS PRÉ-NUPCIAIS?
SIM
NÃO
Orientações com responsabilidade social, avaliar se sabe o resultado e a necessidade de outros exames SOLICITAR PARCEIRA (O)
Orientações com responsabilidade social, explicar o preparo e encaminhar para os exames SOLICITAR PARCEIRA (O)
Direcionar para exames laboratoriais
ESPERMOGRAMA COMPLETO
TESTOSTERONA SÉRICA
TIPAGEM SANGUÍNEA – FATOR Rh E GRUPO SANGUÍNEO
GLICEMIA DE JEJUM
PSA
SOROLOGIA PARA HIV, SÍFILIS E HEPATITE B e C
EAS E UROCULTURA
PARASITOLÓGICO DE FEZES
ALTERAÇÕES?
SIM
NÃO
Encaminhar para Centro de Referência e orientações acerca dos grupos de apoio
Retorno anual e orientações acerca dos grupos de apoio da UBS
Encaminhar para imunização e planejamento familiar

Planejamento familiar

O Planejamento Familiar (PF) constitui uma rede de ações multiprofissionais que envolve orientações, procedimentos técnicos, exposição de métodos conceptivos e contraceptivos e encaminhamentos com vistas à promoção e qualidade de vida sexual e reprodutiva de mulheres, homens, adolescentes e até idosos.

Entretanto, a população masculina, ainda, participa timidamente dessas ações, pois, geralmente, devido às questões de gênero, vincula o PF apenas à saúde sexual da mulher. Assim, cabe aos enfermeiros o desafio de conscientizar a população de que a saúde sexual e reprodutiva é um direito garantido tanto para as mulheres quanto para os homens, fazendo com que ambos sintam-se importantes e com direitos à informação e ao atendimento igualmente respeitado (BRASIL, 1996).

Existem vários tipos de métodos contraceptivos (vide Protocolo de Atenção à

Saúde da Mulher), sendo que a vasectomia deve ser melhor discutida entre a população masculina por ser um procedimento cirúrgico simples que interrompe a passagem dos espermatozoides do saco escrotal para o líquido ejaculado sem afetar a produção do líquido seminal, bem como o desempenho sexual do homem, pois os vasos e nervos envolvidos na ereção não são atingidos durante o procedimento (PORTO, 2012).

Cabe destacar que no SUS (lei 9.263 de 1996) todo homem tem direito ao planejamento familiar para limitação ou aumento do número de filhos de acordo com sua vontade, a de sua esposa ou do próprio casal. Tal direito garante seu acesso a informações, meios, métodos e técnicas para a regulação da fecundidade, sendo que a esterilização voluntária cirúrgica masculina (vasectomia) é recomendada, apenas, para homens com mais de 25 anos ou com pelo menos dois filhos vivos e, caso seja casado, com o consentimento da parceira (BRASIL, 1997, 2013e).

Consulta de planejamento familiar (pré-natal) com participação do homem

Mesmo após o movimento feminista, por questões de gênero, infelizmente grande parcela das mulheres e dos profissionais de saúde possui limitações em considerar que os homens, também, "ficam grávidos" juntamente com suas parceiras.

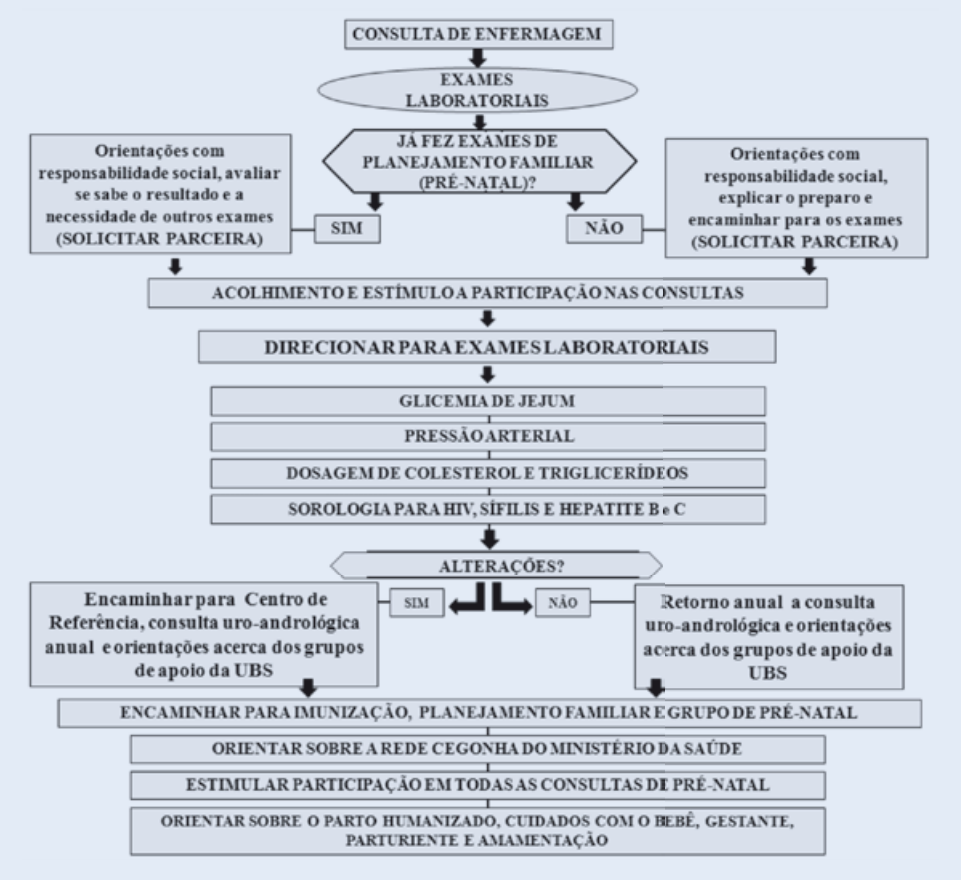
Todavia um importante estudo evidenciou que 94% dos homens gostariam de participar das consultas de pré-natal, referindo intenso sentimento de frustração ao verem negado o legítimo direito a essa participação. A investigação ainda trouxe à tona um importante achado: os profissionais que atendem pré-natal no SUS ainda desconhecem que, na maioria das vezes, considerar o parceiro como parte ativa do processo de atenção pré-natal traz relevantes resultados na adesão da gestante ao pré-natal, amamentação e às intervenções de enfermagem (DUARTE, 2007).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem estimulado a participação do homem nas consultas de pré-natal, reforçando a importância de acolher e aproveitar a oportunidade para encaminhar o homem para os demais serviços de saúde oferecidos pela UBS (BRASIL, 2013c). Em consonância, o Ministério em 2011 instituiu a Rede Cegonha: programa que visa garantir atendimento de qualidade a todas as brasileiras pelo SUS, desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê. A Rede Cegonha prevê ainda incentivar o homem a participar de todos os momentos de seu filho, estimulando a formação de vínculos entre todos os membros da família (BRASIL, 2013d).

Concomitantemente, o Ministério, também, lançou a campanha intitulada "Pai: uma nova vida precisa de você" com o objetivo de engajar os homens no acompanhamento da gestação e do parto de suas parceiras e nos cuidados no desenvolvimento da criança, possibilitando a todos uma melhor qualidade de vida e vínculos afetivos saudáveis na família (BRASIL, 2013f). Ainda, a Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de

2005, estabelece que todos serviços de saúde do SUS, da rede privada ou conveniada, são obrigados a permitir ao pai o direito de acompanhar sua parceira durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. O fluxograma da consulta de pré-natal com participação do homem está descrito na Figura 7.

Figura 7. Fluxograma da consulta de planejamento familiar (pré-natal) com participação do homem nas Unidades Básicas de Saúde


CONSULTA DE ENFERMAGEM
EXAMES LABORATORIAIS
JÁ FEZ EXAMES DE PLANEJAMENTO FAMILIAR (PRÉ-NATAL)?
Orientações com responsabilidade social, avaliar se sabe o resultado e a necessidade de outros exames (SOLICITAR PARCEIRA)
SIM
NÃO
Orientações com responsabilidade social, explicar o preparo e encaminhar para os exames (SOLICITAR PARCEIRA)
ACOLHIMENTO E ESTÍMULO A PARTICIPAÇÃO NAS CONSULTAS
DIRECIONAR PARA EXAMES LABORATORIAIS
GLICEMIA DE JEJUM
PRESSÃO ARTERIAL
DOSAGEM DE COLESTEROL E TRIGLICERÍDEOS
SOROLOGIA PARA HIV, SÍFILIS E HEPATITE B e C
ALTERAÇÕES?
Encaminhar para Centro de Referência, consulta uro-andrológica anual e orientações acerca dos grupos de apoio da UBS
SIM
NÃO
Retorno anual a consulta uro-andrológica e orientações acerca dos grupos de apoio da UBS
ENCAMINHAR PARA IMUNIZAÇÃO, PLANEJAMENTO FAMILIAR E GRUPO DE PRÉ-NATAL
ORIENTAR SOBRE A REDE CEGONHA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTIMULAR PARTICIPAÇÃO EM TODAS AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL
ORIENTAR SOBRE O PARTO HUMANIZADO, CUIDADOS COM O BEBÊ, GESTANTE, PARTURIENTE E AMAMENTAÇÃO

Considerações finais

A consulta de enfermagem, prerrogativa do enfermeiro, representa um importante instrumento capaz de possibilitar ao enfermeiro conhecer o indivíduo, família e comunidade sob seus cuidados, subsidiando um atendimento contínuo, integral e sistematizado, com o intuito de promover a saúde e o bem-estar, por meio de diagnósticos e intervenções de enfermagem (COFEN, 2009). O cuidado do enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem em andrologia na ABS, possivelmente aproximará o homem dos serviços de saúde, refletindo na conscientização de sua vulnerabilidade social e em saúde, na adesão à terapêutica, no tempo de restabelecimento de sua saúde, na redução

do custo final da assistência e, consequentemente, nos alarmantes índices epidemiológicos da população masculina.

O Quadro 8 elenca algumas estratégias que certamente contribuirão para aproximar a população masculina das Unidades Básicas de Saúde e para que os serviços assistenciais possam se organizar com o intuito de proporcionar, de maneira satisfatória, intervenções preventivas, atividades de educação em saúde e educação permanente e assistência clínica específica para esse grupo populacional, trilhando um caminho que, fundamentado no enfoque de gênero, seguramente fornecerá elementos para o país modificar positivamente, de forma sistemática e de maneira acelerada, seus índices de morbimortalidade e aspectos socioculturais em andrologia.

Quadro 8. Intervenções que podem contribuir para aproximar os homens dos serviços de saúde

✓ Articular de modo transversal a PNAISH com as demais políticas públicas de saúde do SUS.
✓ Colaborar para a ruptura da cultura da masculinidade hegemônica.
✓ Conscientizar o homem de sua vulnerabilidade social e de saúde.
✓ Encorajar o homem a realizar rotineiramente as consultas e exames necessários;
✓ Investir no Programa Saúde nas Escolas (PSE) com vistas a acolher o público masculino e romper com a cultura de invulnerabilidade desde a primeira adolescência.
✓ Utilizar a escola (PSE), enquanto equipamento social e formador de opinião, como espaço para discutir os principais tópicos concernentes à morbimortalidade masculina: prevenção de violência e acidentes, doenças cardiovasculares, tabagismo e obesidade.
✓ Realizar ações em saúde em comemoração ao dia internacional do homem (19 de novembro); obs.: No Brasil, desde 1992, de forma não oficial, o Dia do Homem é comemorado em 15 de julho.
✓ Associar a estética das Unidades Básicas de Saúde tanto para o universo masculino quanto para o feminino.
✓ Incentivar a participação do homem nas consultas de pré-natal, ginecológica, obstétrica, pediátrica e hebiátrica.
✓ Promover com os homens atividades educativas que discutam temas relacionados ao cuidado, numa perspectiva de gênero.
✓ Estimular o homem a fazer parte (vivenciar) a gravidez, puerpério e amamentação.
✓ Incentivar a participação dos pais no pré-natal, parto e pós-parto e dar a eles tarefas significativas, como cortar o cordão umbilical e/ou dar o primeiro banho.

✓ Dar visibilidade ao tema do cuidado paterno, incluindo-o nas diferentes atividades educativas realizadas pela unidade, como: contracepção, pré-natal, aleitamento, grupos de adolescentes, pais e idosos.
✓Divulgar o direito dos homens de acompanharem o parto de suas parceiras.
✓ Valorizar projetos de acolhimento ao homem nos serviços de saúde.
✓ Conscientizar o homem da importância de valorizar as práticas preventivas.
✓ Facilitar a presença dos pais nas enfermarias de observação, acompanhando seus filhos.
✓ Capacitar, técnica e cientificamente, os profissionais de saúde para atendimento ao homem.
✓ Fortalecer as ações de busca ativa do homem.
✓ Fornecer orientações acerca do funcionamento e estrutura do SUS.
✓ Orientar e discutir o tempo da licença paternidade.
✓ Orientar os profissionais de saúde a destinarem maior tempo aos homens durante as consultas.
✓ Corresponsabilizar os homens do seu autocuidado e do seu papel de cuidador.
✓ Orientar a população masculina acerca dos riscos da cultura da automedicação.
✓Aprimorar o raciocínio clínico e crítico dos profissionais de saúde a atender integralmente à saúde do homem, não focando apenas nas queixas e patologias.
✓Instituir projetos de busca aos homens que ficam do lado de fora das UBS à espera de suas parceiras.
✓ Incentivar a qualificação de profissionais com especialidade em andrologia.
✓ Incluir a temática saúde do homem nos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de formação dos profissionais de saúde.
✓ Estabelecer estratégias de acolhimento específicas ao homem durante as ações de educação em saúde.
✓ Investir em políticas de educação continuada acerca da temática saúde do homem.
✓ Buscar metodologias de ensino-aprendizagem nas atividades educativas que atraem o público masculino.
✓ Fortalecer campanhas educativas e de sensibilização que abarcam as singularidades masculinas.
✓ Qualificar os profissionais de saúde sobre identidade de gênero e orientação sexual durante o cuidado.

✓Conscientizar os homens de que são potenciais cuidadores e usuários dos serviços de saúde.
✓ Oferecer horários alternativos para o atendimento ao homem.
✓ Instituir nos serviços de saúde consultas em andrologia.
✓ Promover junto à equipe a reflexão sobre temas relacionados à masculinidade, cuidado e metodologias para trabalho com homens.
✓ Estabelecer parcerias com a comunidade para fortalecer a rede de apoio social.
✓ Discutir entre os profissionais de saúde a política de acolhimento à população LGBT.
✓ Criar táticas de aproximação de locais nos quais há maior número de homens, como obras, empresas de grande porte, etc.
✓ Comemorar o dia dos pais, aproveitando para encaminhá-los à consulta andrológica.
✓ Qualificar os Agentes Comunitários de Saúde para lidarem com o público masculino.
✓Propiciar maior visibilidade aos homens durante as visitas domiciliares.
✓ Convidar os homens utilizando estratégias pedagógicas voltadas ao imaginário masculino para participarem dos programas já instituídos nas unidades de saúde.
✓Criar programas específicos para a população masculina, como: grupo de tabagismo, etilismo, sexualidade humana, drogadição, etc.
✓ Incitar projetos que atendam os homens quando os mesmos são acompanhantes de usuários nas UBS.
✓ Acompanhar e planejar ações voltadas para a inserção do parceiro/acompanhante nas rotinas dos serviços de pré-natal, parto e puerpério ofertados nas linhas de cuidado preconizadas pela Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).
✓ Trabalhar de forma multiprofissional buscando encaminhar os homens com casos que necessitem de outra abordagem profissional.
✓ Organizar momentos de qualificação multiprofissional para lidarem com estratégias pedagógicas, como: tecnologia de grupo, terapia comunitária, problematização, etc.
✓ Disponibilizar insumos, equipamentos e materiais educativos voltados para a população masculina.
✓ Fortalecer as campanhas educativas de segurança no trânsito para conscientização da vulnerabilidade do homem.

✓ Incentivar os gestores de saúde e grupos de pesquisa/extensão a elaborarem projetos de pesquisa e extensão voltados para a andrologia.
✓ Investir em qualificação profissional de todos os atores das UBS sobre a saúde do homem.

Finalmente, acredita-se que este documento será de importância fundamental não somente para os enfermeiros, mas também para todos os profissionais do SUS de todo o país, pois identifica as principais estratégias para sistematizar a assistência e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e serviços de assistência integral à saúde, mediante a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva de gênero, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbidade e da mortalidade e a melhoria das condições de saúde dos homens de 20 a 59 anos de idade do Brasil.

Referências

BRASIL, 1997. Lei ordinária 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 ago.

_____ Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev. Câncer da próstata: consenso - Rio de Janeiro: INCA, 2008. 20p.

_____ Ministério da Saúde (BR). Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: MS 2009a.

_____ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256p.

_____ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.148p.

_____ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na

Atenção Básica/Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290p.

_____ Censo demográfico, 2010 - Atlas. 2. Mapas estatísticos - Brasil. População - Mapas I. IBGE. Atlas do censo demográfico 2010/IBGE. – Rio de Janeiro: IBGE, 2013.160p.a.

_____ Ministério da Saúde (BR). INCA. Instituto Nacional de Câncer. Tipos de câncer. Câncer de próstata. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata. Acessado em: 13 de agosto de 2013b.

_____ Ministério da Saúde (BR). Saúde do Homem. Pré-natal masculino. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-homem/pre-natal-masculino. Acessado em: 03 de agosto de 2013c.

_____ Ministério da Saúde (BR). Maternidade. Rede Cegonha. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/gestacao/rede-cegonha. Acessado em: 03 de agosto de 2013d.

_____ Ministério da Saúde (BR). Saúde do homem. Planejamento familiar. Vasectomia. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-homem/vasectomia. Acessado em: 28 de agosto de 2013e.

_____ Ministério da Saúde (BR). Pai: uma nova vida precisa de você. Cartilha. Editora MS/CGDI/SAA. SAS – Brasília/DF – Mar./2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/pai_uma_nova_vida_precisa_voce.pdf Acessado em: 24 de agosto de 2013f.

_____ Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Brasil: Conselho Federal de Enfermagem. Acessado em: 10 de agosto de 2013.

_____ Decreto N 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4173. Brasil: Conselho Federal de Enfermagem. Acessado em: 10 de agosto de 2013.

CERULLO JASB; CRUZ DALM. Clinical reasoning and critical thinking. Rev. Latino -Am. Enfermagem. 2010; 18(1):124-129.

CONTRERAS V, NIEUWVELD D, CARBONELL P. Preventive Analgesia: Is that in the Past?. Revista El Dolor. 2010; 54(19):10-18.

DAMIÃO, R. 48º Congresso do HUPE. Saúde do Homem. Hospital Universitário Pedro Ernesto. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Ano 9, Suplemento 2010.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2009/Sociedade Brasileira de Diabetes. 3ª Ed- Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009. 400p.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO IV. Hipertensão Arterial Sistêmica.

Rev Bras Hipertens. 2010; 17(1):1-69.
DUARTE G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. Rev. Bras. Ginecol. Obstet, 2007; 29(4):171-174.
GETHINS M. Breast Cancer in Men. News JNCI. 2012; 104(6):21-28.
GOMES, R. Saúde do homem em debate. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 228p.
MASCARENHAS MN, FLAXMAN SR, BOERMA T, VANDERPOEL S, STEVENS GA.National, regional, and global trends in infertility: a systematic analysis of 277 health surveys. Plos. Med. 2012; 9(12):01-12.
MATOS, MA, et al. Masculinity,vulnerability and prevention of STD/HIV/AIDS among male adolescents: social representations in a land reform settlement. Rev. Lat. Amer. Enf. 2013; 25(3):12-17.
PORTO CC. Exame Clínico - Bases para a Prática Médica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2012. 544p.
SANTOS TRM, SANTOS DN, BARRETO CS, SANTOS BPP, PLÁCIDO NSO. Considerações sobre infertilidade masculina. Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde. 2013; 1(16):21-26.
SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR (SBED). Hospital sem dor diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital [acesso 2009 Jul 20]. Disponível em: http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp. Acessado em 07 de novembro de 2013.
SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA (SBU).Prevenção Médicos aumentam idade mínima para exame de próstata de 45 para 50 anos. Disponível em: http://veja.abril.com.br/noticia/saude/medicos-aumentam-idade-minima-para-exame-de-prostata-de-45-para-50-anos.Acessado em: 11 de novembro de 2013a.
Sociedade Brasileira de Urologia (SBU). Saúde do Homem. Disponível em: http://www.sbu.org.br/?escritorio-de-brasilia. Acessado em: 20 de agosto de 2013.
WRIGHT LM; LEAHEY M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 5ª ed. São Paulo: Roca; 2012.
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284.
_____ Lear SA, Toma M, Birmingham CL, Frohlich JJ. Modification of relationship between simple antropometric indices and risk factors by ethnic background. Metabolism. 2003; 52(1):1295-301.
_____ Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: Basic indicators 2012. Folheto de indicadores. Organização Pan-Americana da Saúde. 2012. Disponível em: www.paho.org/rho. Acessado em: 25 de agosto de 2013.

6 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Fabiana de Paula Oliveira[1]
Kátia Regina Borges[2]
Luiza Cruz Fagundes[3]
Valéria Pagotto[4]

Introdução

Nos últimos anos, observa-se um aumento da população idosa nos municípios goianos e, também, nos demais municípios brasileiros. Paralelo a isso, ocorre um processo de transição epidemiológica, caracterizado pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis que podem contribuir para o comprometimento da saúde dos idosos, alterando sua capacidade para autocuidado, independência e autonomia. Tais demandas de cuidado requerem que uma série de serviços intersetoriais estejam integrados para dar suporte a todas as necessidades das pessoas idosas.

A Rede de Atenção à Saúde do Idoso, assim como as demais, organizam-se em atenção básica, secundária e terciária, fazendo transversalidade com outros serviços como atenção farmacêutica, apoio e diagnóstico, saúde bucal, urgência e emergência.

A equipe de enfermagem está inserida nos vários pontos de atenção da Rede e precisa ser orientada e capacitada para que a atenção ao idoso ocorra de forma ampla, e identifique suas necessidades. Essa discussão é importante porque, embora tenha-se uma população envelhecida, a sociedade e nela incluídos os profissionais de saúde não foram devidamente preparados para identificar problemas inerentes ao processo de envelhecimento, muitos deles podendo estar mascarados por outros problemas de saúde.

Sendo assim, este protocolo tem como objetivo facilitar a atenção prestada ao idoso, bem como ao cuidador de idosos durante a consulta de enfermagem e às demais intervenções terapêuticas a idosos na comunidade, especialmente em serviços de atenção primária, nível de atenção que ordena a demanda de cuidados na Rede.

A atuação do enfermeiro na atenção à saúde da pessoa idosa visa promover, prevenir e recuperar a saúde. O Ministério da Saúde propõe um conjunto de ações que é direcionadoà saúde do idoso e é competência do enfermeiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010):

[1]Enfermeira, Secretaria de Estado de Saúde de Goiás
[2]Enfermeira, especialista,Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
[3]Enfermeira, Secretaria de Estado de Saúde de Goiás
[4]Enfermeira doutora, Universidade Federal de Goiás

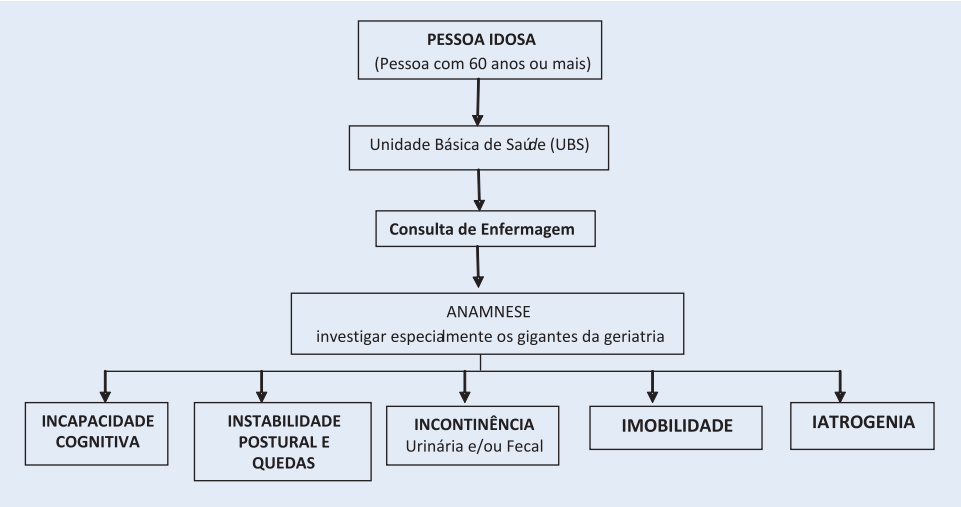
- Realizar atenção integral às pessoas idosas.
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
- Realizar consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão.
- Supervisionar e coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem.
- Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe.
- Orientar o idoso, os familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos.

Consulta de enfermagem à pessoa idosa

A consulta de enfermagem é uma das competências do enfermeiro na atenção básica. A avaliação de pessoas idosas envolve aspectos complexos e variados e, por isso, recomenda-se que seja realizada de forma multidimensional, ou seja, contemplando várias dimensões de suas vidas. Na área de geriatria e gerontologia, tradicionalmente, as principais síndromes geriátricas foram estruturadas na regra mnemônica dos "Is", denominados gigantes da geriatria. Há várias versões dos "Is" e a literatura brasileira adota a versão mais utilizada mundialmente, ou seja, os quatro "Is" originais acrescido do quinto "I" – Iatrogenia. Assim, os cinco "*Is*" habitualmente utilizados no Brasil são: Intelecto (demência, depressão e "Delirium"), Instabilidade e quedas, Imobilidade, Incontinência e Iatrogenia. Os "Is" auxiliam na sistematização da avaliação clínica do idoso, visto que abrangem situações comuns e relevantes nessa faixa etária. São utilizados, basicamente na prevenção e/ou detecção precoce dessas situações que apresentam alto potencial de impacto na qualidade de vida dessas pessoas.

A consulta de enfermagem ao idoso consistirá, portanto, na avaliação das grandes síndromes geriátricas e também de outros fatores importantes e específicos em cada uma delas. Como existem diversos problemas que acometem as pessoas idosas, este protocolo foi estruturado considerando as grandes síndromes geriátricas. Vale ressaltar que outros problemas de saúde no idoso não estão relacionados nos 5 "Is", mas também têm grande importância na área de saúde do idoso: incapacidade funcional, fragilidade.

Em termos específicos, o propósito da avaliação da pessoa idosa é identificar os aspectos positivos e as limitações, de modo que possam ser realizadas interveções efetivas e apropriadas, visando promover o funcionamento mais satisfatório e prevenir a incapacitação e a dependência. Independentemente da estrutura ou do instrumento utilizado, o profissional de enfermagem deve coletar os dados enquanto observa os seguintes princípios fundamentais: (1) utilização de uma abordagem individual centrada na pessoa; (2) consideração do cliente como participante no controle e tratamento da saúde e (3) ênfase na capacidade funcional do cliente.



Incapacidade cognitiva

No envelhecimento, podem ocorrer alterações normais e patológicas em diferentes funções cognitivas. A avaliação cognitiva deve integrar a avaliação clínica da pessoa idosa, pois auxilia na identificação das principais alterações da saúde mental, além de ser essencial para o diagnóstico, tratamento e a reabilitação do declínio cognitivo (Ribeiro, ANO).

O funcionamento cognitivo pode ser avaliado por meio de funções como a memória, a atenção, a linguagem, a praxia, as funções executivas e demais habilidades associadas ao desempenho cognitivo, como a concentração, a compreensão, o raciocínio, a aprendizagem e a inteligência (Ribeiro, ANO). Dentre as funções citadas, a perda de memória recente e a habilidade de cálculo são indicadores sensíveis de redução da função cognitiva. A perda de memória recente é considerada como mais adequada, dado que a escolaridade pode influenciar na avaliação da habilidade de cálculo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). O desempenho físico e social, bem como a funcionalidade da pessoa idosa dependem da integridade de suas funções cognitivas.

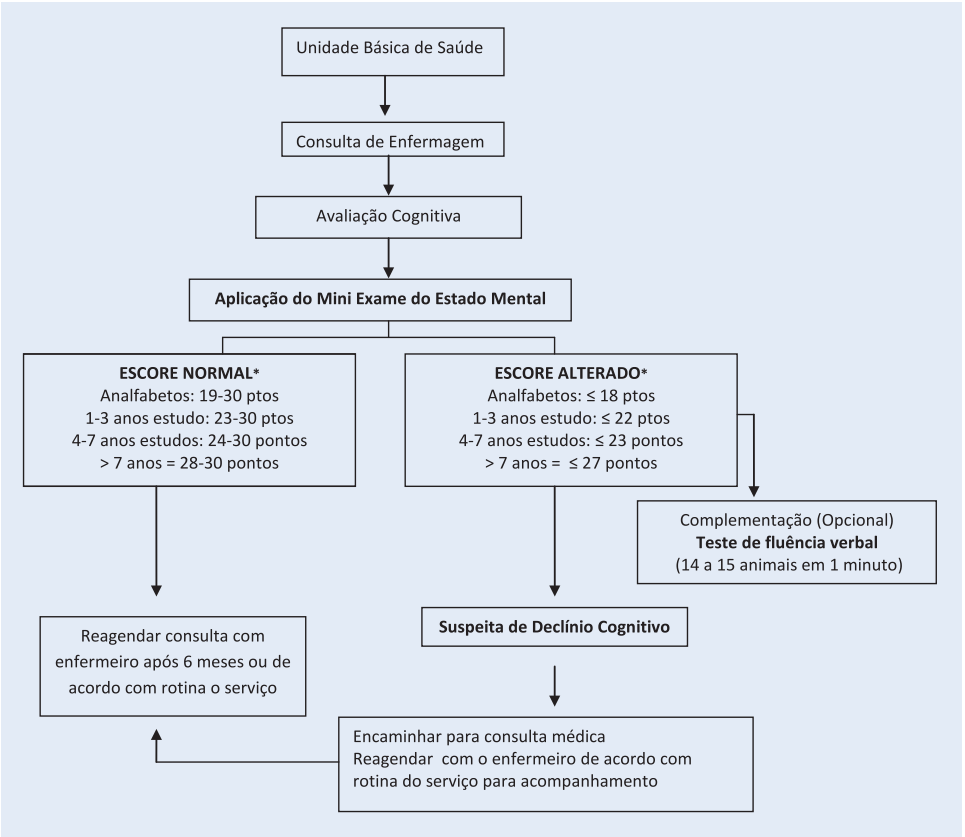
Alguns sinais de alerta importantes que indicam necessidade de avaliação são: perda de memória, dificuldade na execução de tarefas familiares, desorientação no tempo e especialmente no espaço, mudanças no humor e comportamento diferente do habitual sem motivo aparente. Doenças, sinais e sintomas como a depressão, o *Delirium* e os diferentes tipos de demência podem causar perdas cognitivas permanentes ou temporárias.

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (anexo) é uma das escalas mais comuns para avaliar o estado cognitivo, por sua rapidez e facilidade de aplicação. O Teste de Fluência Verbal por Categorias Semânticas (anexo) pode ser utilizado como complementação dessa avaliação e, também, outros disponíveis e validados (MS). Ressal-

ta-se que a maioria dos testes poderá sofrer influência significativa em seu resultado em função da escolaridade da pessoa idosa. O desconhecimento do nível anterior de eficiência cognitiva também poderá interferir nos resultados.

Caso, ao final dos testes, o enfermeiro identifique suspeita de declínio cognitivo, deverá realizar as orientações de enfermagem e encaminhar a pessoa idosa para atendimento médico para que sejam definidos o diagnóstico e continuidade do tratamento. O planejamento e a execução das medidas terapêuticas e de reabilitação cognitivas necessárias à melhor qualidade de vida dos idosos deverão ser adotadas em conjunto pela equipe interdisciplinar.

É importante destacar que ao enfermeiro cabe investigar a possível perda cognitiva, encaminhar de forma responsável a pessoa idosa para o diagnóstico correto e buscar garantir que ela tenha seu tratamento adequado, dentro da sua área de competência e contando com a estrutura da rede de saúde na qual atua. Ressaltamos que o diagnóstico precoce é um importante aliado no tratamento e especialmente na possível reabilitação cognitiva.


Unidade Básica de Saúde
Consulta de Enfermagem
Avaliação Cognitiva
Aplicação do Mini Exame do Estado Mental
ESCORE NORMAL*
Analfabetos: 19-30 ptos
1-3 anos estudo: 23-30 ptos
4-7 anos estudos: 24-30 pontos
> 7 anos = 28-30 pontos
ESCORE ALTERADO*
Analfabetos: ≤ 18 ptos
1-3 anos estudo: ≤ 22 ptos
4-7 anos estudos: ≤ 23 pontos
> 7 anos = ≤ 27 pontos
Complementação (Opcional)
Teste de fluência verbal
(14 a 15 animais em 1 minuto)
Reagendar consulta com enfermeiro após 6 meses ou de acordo com rotina o serviço
Suspeita de Declínio Cognitivo
Encaminhar para consulta médica
Reagendar com o enfermeiro de acordo com rotina do serviço para acompanhamento

Instabilidade postural e quedas

Queda pode ser conceituada como deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda, quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da cama/maca ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeira higiênica, banheira), incluindo vaso sanitário (MS, 2013).

A Instabilidade postural e as quedas são importantes marcadores de diminuição de capacidade funcional e fragilidade. As quedas e suas consequências se fazem presentes em todas as épocas da vida, porém os idosos apresentam maior risco de complicações. As principais complicações são lesões de partes moles, restrição prolongada ao leito, hospitalização, institucionalização, risco de doenças iatrogênicas, fraturas, hematoma subdural, incapacidade e morte.

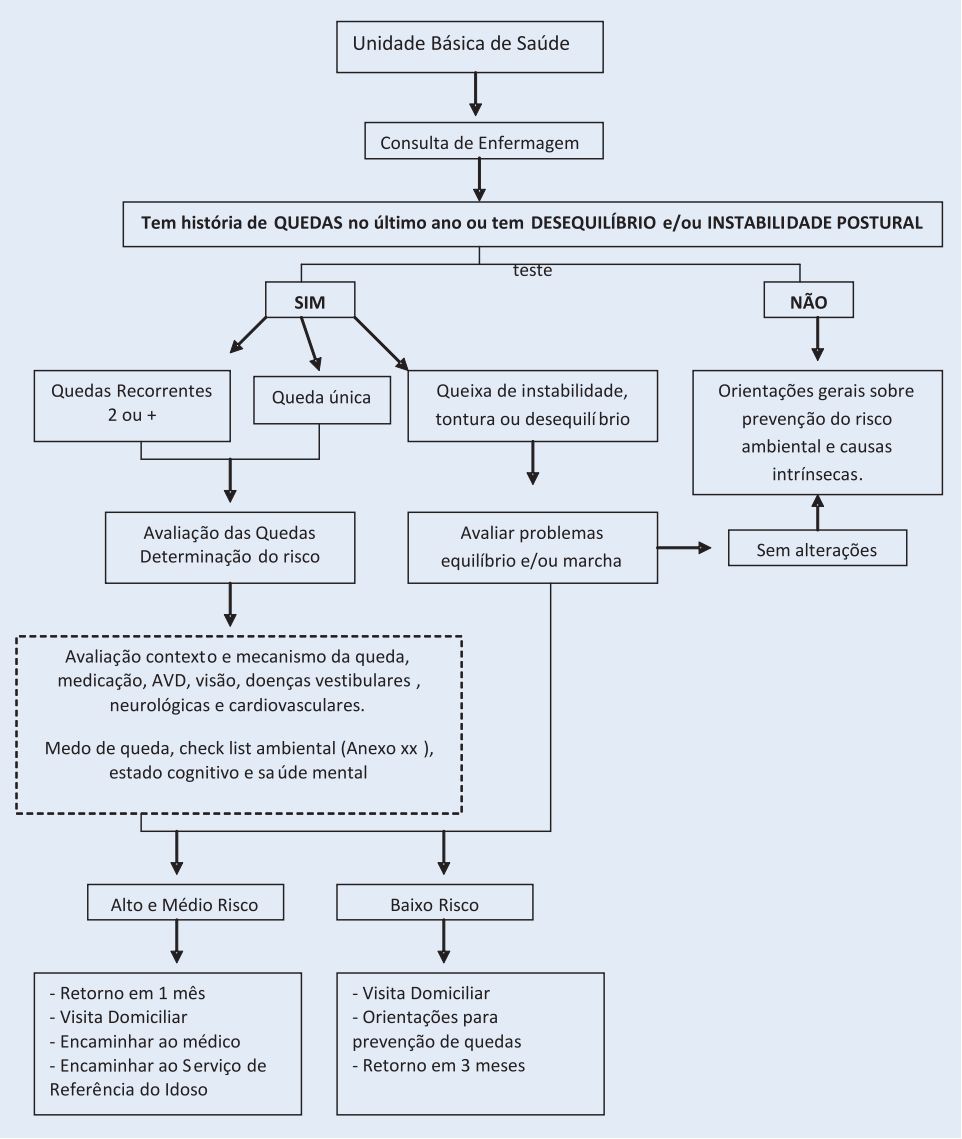
O idoso cai devido a causas intrínsecas e extrínsecas, e as principais causas estão descritas no quadro abaixo:

Intrínsecas (alterações orgânicas)	**Extrínsecas (ambientais)**
Osteoporose/Artrose	Pouca iluminação
Sarcopenia	Tapetes soltos
Hipotensão postural	Piso escorregadio (encerado, molhado)
Episódios de tontura e vertigens	Fios não embutidos
Propriocepção/sistema vestibular	Desnível das calçadas públicas
Miopatias	Passagens obstruídas por objetos
Ataque isquêmico transitório	Escadas não ergonômicas (ausência de corrimão e faixa de segurança, desnível de degraus, e etc.)
Arritmias	
Oclusão das artérias vertebrais	
Epilepsia	Falta de barras de apoio
Doença de Parkinson	Uso de Fármacos
Neuropatias Periféricas	
Hidrocefalia de pressão normal	
Demências	
Problemas de visão	

Fonte: Protocolo de atenção à saúde do idoso / Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/2011.

O enfermeiro deve questionar, em todas as consultas, a ocorrência e frequência de quedas. Destaca-se que a visita domiciliária é, também, uma importante ação para identificação do risco, pois durante a visita o enfermeiro pode observar se o ambiente em que a pessoa idosa vive está propício para o risco de quedas, avaliando as causas

intrínsecas, extrínsecas, alterações na mobilidade, local e as condutas adotadas pelo paciente após a queda. Além disso, poderá utilizar a Avaliação Multidimensional Rápida da pessoa idosa (anexo Nº01) para complementar a identificação do risco.


Unidade Básica de Saúde
Consulta de Enfermagem
Tem história de QUEDAS no último ano ou tem DESEQUILÍBRIO e/ou INSTABILIDADE POSTURAL
teste
SIM
NÃO
Quedas Recorrentes 2 ou +
Queda única
Queixa de instabilidade, tontura ou desequilíbrio
Orientações gerais sobre prevenção do risco ambiental e causas intrínsecas.
Avaliação das Quedas Determinação do risco
Avaliar problemas equilíbrio e/ou marcha
Sem alterações
Avaliação contexto e mecanismo da queda, medicação, AVD, visão, doenças vestibulares , neurológicas e cardiovasculares.
Medo de queda, check list ambiental (Anexo xx), estado cognitivo e saúde mental
Alto e Médio Risco
Baixo Risco
- Retorno em 1 mês
- Visita Domiciliar
- Encaminhar ao médico
- Encaminhar ao Serviço de Referência do Idoso
- Visita Domiciliar
- Orientações para prevenção de quedas
- Retorno em 3 meses

Ações para prevenção de quedas

Medidas para causas intrínsecas

- Acompanhar e orientar a adesão ao tratamento das doenças relacionadas ao risco de quedas.

Medidas para causas extrínsecas

- Orientar a utilização de dispositivos de auxilio à marcha (quando necessário) como bengalas, andadores e cadeiras de rodas.
- Orientar sobre a acomodação de gêneros alimentícios e de outros objetos de uso cotidiano em locais de fácil acesso, evitando-se a necessidade do uso de escadas e banquinhos.
- Orientar a reorganização do ambiente interno à residência;
- Sugerir a colocação de um diferenciador de degraus nas escadas bem como iluminação adequada da mesma e corrimãos bilaterais para apoio;
- Orientar quanto à iluminação adequada do ambiente interno e externo da residência (ver anexo 2 – Check List);
- Orientar a utilização de tapetes antiderrapantes e sugerir medidas alternativas, como: aplicação de cola que confira o efeito impermeabilizante/antiderrapante.
- Orientar a retirada de tapetes principalmente no início e final da escada.
- Orientar a colocação de pisos antiderrapantes e barras de apoio nos banheiros e evitar o uso de banheiras.
- Orientar o banho sentado quando da instabilidade postural.
- Orientar a deixar a porta do banheiro destrancada.
- Na ocorrência de quedas, não esquecer de registrar no prontuário: o local da queda, horário e data, o que fazia no momento da queda, medicamento em uso, local afetado, consequências e o encaminhamento.
- Orientar a prática de exercícios físicos regulares para a manutenção da massa e força muscular, preferencialmente sob a orientação do profissional.
- Orientar o uso de calçados adequados.
- Orientar quanto ao risco de tropeçar/esbarrar em animais domésticos.

Incontinência urinária

A incontinência urinária pode ser definida como "a perda de urina em quantidade e frequência suficientes para causar um problema social ou higiênico". Pode variar desde um escape ocasional até uma incapacidade total para segurar qualquer quantidade de urina. Não se trata de uma doença, mas um sintoma. Ela se deve, com frequência, a alterações específicas do corpo em decorrência de doenças, uso de medicamentos ou pode representar o início de uma doença.

Os efeitos psicológicos da incontinência urinária podem levar a pessoa idosa a isolar-se socialmente, a sentir-se constrangida e até a um quadro de depressão. Pode, também, ocasionar erupções cutâneas na região do períneo, úlceras de decúbito e fraturas consequentes das quedas por acidente. Erroneamente, a incontinência urinária é considerada uma consequência normal do envelhecimento, mas, em muitos casos, ela

é reversível. Por isso, é importante identificar as causas e instituir alguma modalidade de tratamento.

São várias as causas da incontinência urinária e elas variam de acordo com o gênero, as mais frequentes são:

- Instabilidade do músculo detrusor (camada muscular da bexiga)
- Fraqueza do assoalho pélvico
- Hiperplasia prostática benigna
- Infecção urinária
- Impactação feca;
- Neuropatia diabética
- Doença neurogênica adquirida
- Cistocele
- Retocele
- Prolapso Uterino
- Sequelas pós-operatórias (lesão de esfíncter)
- Alterações cognitivas

A incontinência urinária pode restringir a independência da pessoa idosa, assim como comprometer sua aceitação social e convívio familiar. Por isso, na assistência ao incontinente é fundamental a cooperação do mesmo e o envolvimento dos familiares nas medidas a serem implementadas:

- Manter uma rotina de atividades para pessoa idosa, como caminhadas, exercícios leves, contatos sociais com outras pessoas e programas de terapia ocupacional, evitando assim deixá-lo confinado em casa.
- Estimular a higiene corporal e manter adequadamente vestida e não em trajes de dormir, pois assim ela melhora a autoestima e se sente estimulada a manter a continência urinária.
- Dar oportunidades frequentes para urinar (a cada 2 ou 3 horas), levando-a ao banheiro ou colocando-a à sua disposição e em locais próximos, dispositivos coletores de urina como comadres e papagaios. Facilitar a locomoção da pessoa idosa até o banheiro, eliminando escadas, mobílias em excesso no trajeto, retirando tapetes, colocando barras e corrimãos e melhorando a iluminação, para, assim, diminuir o tempo para chegar até lá e diminuir o risco de quedas. Dependendo da condição da pessoa idosa, pode-se propor a elevação da altura do vaso sanitário.

Imobilidade

As alterações na mobilidade e quedas podem ocorrer por disfunções motoras, de sensopercepção, equilíbrio ou déficit cognitivo. Adinâmica do aparelho locomotor sofre alterações com uma redução na amplitude de movimentos, tendendo modificar a

marcha, passos mais curtos e mais lentos com tendência a arrastar os pés. A amplitude de movimentos dos braços também diminui, tendendo ficar mais próxima do corpo. A base de sustentação se amplia e o centro de gravidade corporal tende adiantar-se, em busca de maior equilíbrio. A Escala de Tinetti, que no Brasil é conhecida como POMA-Brasil, mostra-se útil para o desenvolvimento dessa avaliação (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2010).

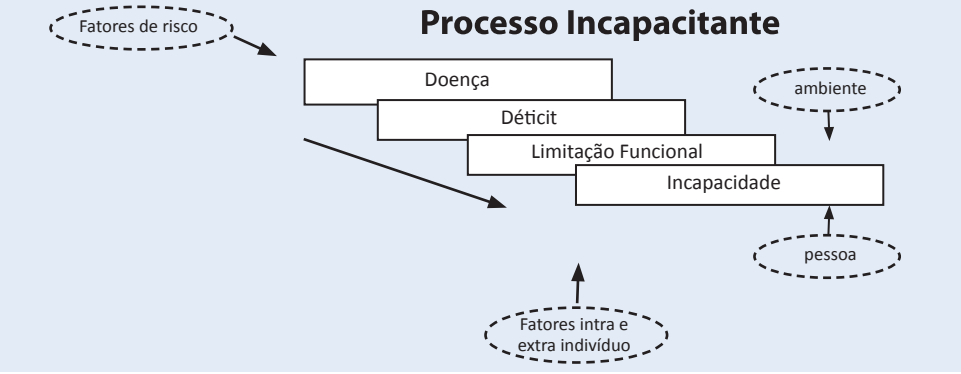
A imobilidade seria a complicação da perda de capacidade funcional, geralmente decorrente de doença crônico-degenerativa, dedoença aguda incapacitante ou de inatividade por si só. As consequências, físicas e psíquicas, da imobilidade geram perda de independência e autonomia, reduzindo o bem-estar e a qualidade de vida.

Incapacidade funcional

A capacidade funcional é um dos atributos fundamentais do envelhecimento humano, constituindo-se como um paradigma e um dos principais marcadores de saúde da pessoa idosa. Trata da interação entre capacidades físicas e psicocognitivas para a realização de atividades do cotidiano e as condições de saúde, mediadas pelas habilidades e competências desenvolvidas ao longo do curso da vida (PERRACINI; FLÓ, 2011). Pode ser compreendida como uma tentativa sistematizada de avaliar de forma objetiva, os níveis nos quais uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas utilizando diferentes habilidades. Representa uma maneira de identificar se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma.

No entendimento da capacidade funcional, alguns conceitos que estão interligados merecem destaque:

- Autonomia: liberdade para agir e tomar decisões.
- Independência: capaz de realizar atividades sem ajuda, sem supervisão de outra pessoa.
- Dependência: precisa da ajuda de outra pessoa para realizar as atividades cotidianas.



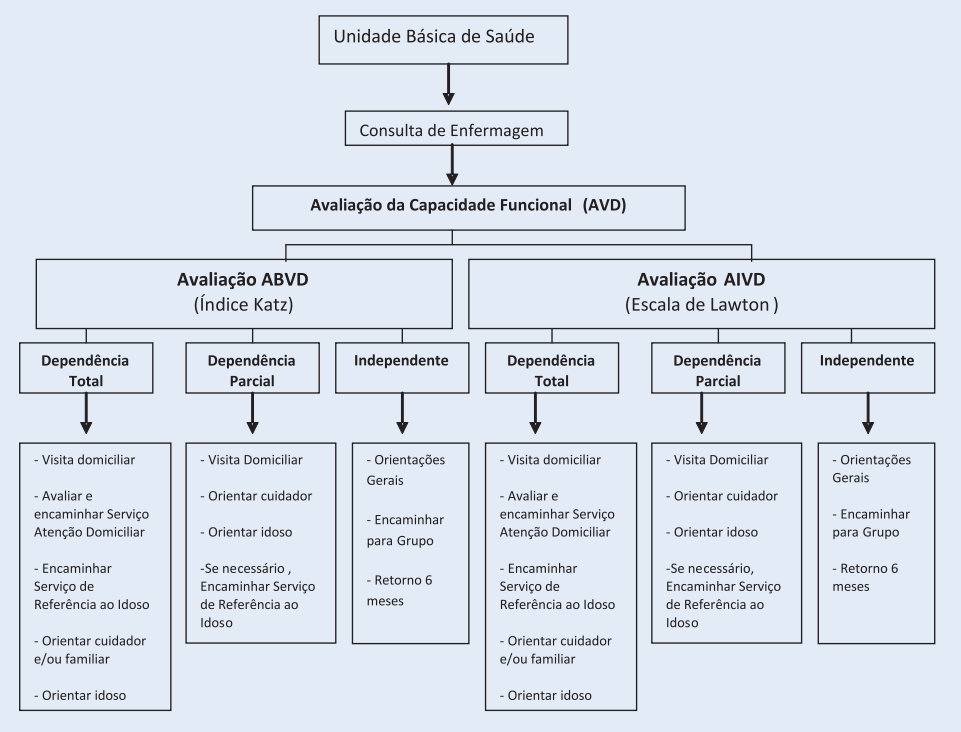
Fonte: Caderno de Atenção Básica, 2010.

Em geral, estudos indicam que primeiramente ocorre a perda da autonomia e, posteriormente, a perda da independência funcional, ou seja, quando vai se perdendo a autonomia, simultaneamente se perde a capacidade de execução das atividades cotidianas. Alguns fatores contribuem para redução da capacidade funcional, tais como:, ter mais que 80 anos de idade, autoavaliação negativa da saúde, histórico de internação no último ano, alterações cognitivas, déficit visual, idosos com multimorbidades, isolamento social, baixa escolaridade, baixa qualidade de vida. Dentre as consequências do processo incapacitante, destacam-se a hospitalização e a institucionalização que influenciam a qualidade de vida das pessoas idosas.

Sendo assim, muitos idosos podem ter manutenção de sua autonomia, embora sejam dependentes para atividades de autocuidado. Devido à relação entre autonomia e independência, a avaliação da capacidade funcional deve ser realizada minuciosamente, pois a principal consequência da associação entre velhice e dependência é o desenvolvimento de atitudes negativas em relação às pessoas idosas.

A avaliação da capacidade funcional se dá por meio das Atividades de Vida Diária (AVD), que subdividem-se em Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). As ABVD são atividades elementares da vida do idoso e estão relacionadas ao autocuidado: alimentar-se; banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro, manter controle sobre suas necessidades fisiológicas. As AIVD estão relacionadas à socialização e ao grau de autonomia do idoso: utilizar meio de transporte, manipular medicamentos, realizar compras, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, utilizar o telefone, preparar refeições, cuidar das próprias finanças. O grau de comprometimento para as ABVD e AIVD é avaliado por meio de escalas e/ou índices. No caso das ABVD, o Índice de Katz (Anexo) é recomendado pelo Ministério da Saúde e tem sido amplamente empregado em pesquisas nacionais. Da mesma forma, no caso das AIVD, a Escala de Lawton (Anexo) é a mais utilizada.

A atenção à saúde da pessoa idosa, por meio da avaliação da sua capacidade funcional, tem demonstrado ser mais significativa nas intervenções terapêuticas do que apenas a presença ou ausência de doenças. A avaliação funcional determinará, necessariamente, o grau de dependência da pessoa idosa e os tipos de cuidados que vão ser necessários, além de como e por quem os mesmos poderão ser mais apropriadamente realizados. Sendo assim, a atuação do enfermeiro é fundamental tanto para diagnosticar quanto para intervir na perda funcional e, ainda, na atividade educativa aos cuidadores dos idosos que estejam envolvidos com seu cuidado.Destaca-se que a continuidade da assistência de enfermagem é fundamental no âmbito da atenção básica e poderá ter êxito com o auxílio dos cuidadores de idosos, geralmente, são familiares e estão responsáveis pelo cuidado. Esses realizam atividades de autocuidado que estão interligadas com as perdas nas atividades de vida diária dos idosos.



Violência contra a pessoa idosa

Violência é um conceito que se refere às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero e, em instituições quando são utilizados diferentes métodos ou meios de aniquilamento de outrem, causando-lhe danos físicos, mentais e morais (MINAYO, 2003). Considera-se violência o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

A violência contra a pessoa idosa não é um fenômeno novo. Ela é frequente e manifesta-se de forma velada, subnotificada e nas tradicionais formas de discriminação, principalmente na cultural.

De acordo com a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências (2001), as principais formas de violência contra a pessoa idosa são classificadas internacionalmente em:

Violência física – uso da força física para ferir, provocar dor, incapacidade ou morte.

Violência psicológica – agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir liberdade ou isolar do convívio social.

Violência sexual – ato ou jogo sexual de caráter homo ou heterorrelacional, utilizando pessoas idosas,visando à obtenção de excitação, relação sexual ou práticas eróticaspor

meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

Abandono – Ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem assistência a um idoso que necessite de proteção.

Negligência – Recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais.

Abuso financeiro e econômico – Exploração imprópria, ilegal e/ou uso não consentido de recursos financeiros e patrimoniais do idoso.

Autonegligência: Conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesma.

Os principais fatores associados à prática da violência são:

- Filhos dependentes financeiramente de seus pais de idade avançada.
- Idosos dependerem da família e de seus filhos para sua manutenção.
- Abuso de álcool e drogas pelos familiares ou pelo próprio idoso.
- Isolamento social dos familiares e do idoso.
- O idoso ter sido ou ser uma pessoa agressiva nas relações com seus familiares.
- Histórias de violência na família.
- Os cuidadores terem sido vítimas de violência doméstica.
- Cuidadores sofrendo depressão ou outro sofrimento mental ou psicológico.
- Conflitos intergeracionais.
- Dificuldades financeiras.
- Problemas de espaço físico.
- Idosos com déficit cognitivo, alterações do sono, incontinências, dificuldade de locomoção e necessitando de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária.

Frente a uma situação de violência ou até mesmo uma suspeita, o papel do profissional de saúde consiste em identificar, notificar e acompanhar o caso. Para tanto, é importante que o profissional busque se qualificar para intervir e prover os cuidados de maneira adequada e segura. Segundo Minayo (2003), é preciso que os profissionais dos diversos setores se preparem cada vez melhor para a leitura da violência nos sinais deixados pelas lesões e traumas que chegam aos serviços ou levam ao óbito.

A Ficha de Notificação de Violência Suspeita ou Confirmada é um instrumento legal que pretende garantir a inclusão da violência contra pessoa idosa não só nas estatísticas, mas, sobretudo, é uma importante ferramenta para que os profissionais de saúde possam enfrentar esse problema.

Anexo 1. Check list para avaliação de risco de quedas em visita domiciliar

Área de locomoção/circulação (externa e interna)	
Áreas de locomoção/circulação estão desimpedidas?	( )sim ( ) não
	obs.:
Possui barras de apoio?	( )sim ( ) não
	obs.:
O piso/revestimento é uniforme?	( )sim ( ) não
	obs.:
Utiliza tapetes?	( )sim ( ) não
	obs.:
Os tapetes estão bem fixos e/ou antiderrapantes?	( )sim ( ) não
	obs.:
Iluminação	
A iluminação é suficiente para clarear toda a superfície de marcha no interior de cada cômodo, incluindo degraus?	( )sim ( ) não
	obs.:
A intensidade da luz é aumentada no banheiro e nas escadas e corredores?	( )sim ( ) não
	obs.:
Utiliza luzes noturnas e luminárias com base segura?	( )sim ( ) não
	obs.:
Os interruptores estão distribuídos por lugares fáceis de notar?	( )sim ( ) não
	obs.:
Os fios dos aparelhos estão embutidos ou fixos?	( )sim ( ) não
	obs.:
A iluminação exterior é suficiente para iluminar toda a entrada exterior?	( )sim ( ) não
	obs.:
Possui iluminação sentinela no quarto, corredor e no banheiro? *conceito	( )sim ( ) não
	obs.:
*A cama possui luz direta?	( )sim ( ) não
	obs.:

Quarto de dormir	
Guarda-roupa - possui cabides facilmente acessíveis?	( )sim ( ) não
	obs.:
Possui cadeira que permite sentar para se vestir?	( )sim ( ) não
	obs.:
O controle de luz e telefone são ao lado da cama?	( )sim ( ) não
	obs.:
A cama possui altura adequada (45 cm)?	( )sim ( ) não
	obs.:
Banheiro	
A área do chuveiro é antiderrapante?	( )sim ( ) não
	obs.:
Possui cadeira para auxiliar no banho e/ou vestir-se? Qual o tipo de cadeira?	( )sim ( ) não
	obs.:
O lavabo/pia é facilmente acessível e bem fixo?	( )sim ( ) não
	obs.:
A altura do vaso sanitário é adequada? DESCREVER ALTURA	( )sim ( ) não
	obs.:
Possui barras de apoio laterais e paralelas ao vaso?	( )sim ( ) não
	obs.:
Possui box? Qual material?	( )sim ( ) não
	obs.:
Cozinha	
Armários: Possuem altura adequada (sem necessidade de uso de escadas)?	( )sim ( ) não
	obs.:
A pia permite a entrada de cadeira de roda?	( )sim ( ) não
	obs.:
Escada	
O revestimento/piso é antiderrapante?	( )sim ( ) não
	obs.:

O revestimento/piso possui marcação do primeiro e último degrau com faixa de segurança?	( )sim ( ) não
	obs.:
Possui interruptores no início e final da escada?	( )sim ( ) não
	obs.:
As bordas dos degraus são identificadas com faixa de segurança?	( )sim ( ) não
	obs.:
O corrimão é bilateral e bem fixo? *Observar a distância da parede, o contraste de cor e o diâmetro.	( )sim ( ) não
	obs.:
O corrimão se prolonga além do primeiro e do último degrau?	( )sim ( ) não
	obs.:
Os degraus possuem em suas bordas lixas antiderrapantes?	( )sim ( ) não
	obs.:
Os degraus são uniformes?	( )sim ( ) não
	obs.:
A altura e profundidade dos degraus são constantes?	( )sim ( ) não
	obs.:
Sala	
A disposição dos móveis facilita a circulação?	( )sim ( ) não
	obs.:
Sofás e cadeiras são firmes e com braços?	( )sim ( ) não
	obs.:

Questionário de quedas - Pesquisa e Assistência Gerontológica				
	Sempre	Habitualmente	Algumas vezes	Nunca
Caminha com dificuldade				
Caminha com ajuda de uma pessoa				
Caminha com ajuda de duas pessoa				

Caminha com ajuda de um andador				
Caminha com ajuda de muletas ou bengala				
É totalmente acamado				

Histórico de quedas

- Você caiu alguma vez nos últimos 3 anos?
- Caiu nos últimos 12 meses?
- Quantas vezes?
- Necessitou de internação?
- Fraturas? Onde?
- Contou a alguém sobre a queda?
- Local da queda.
- Por que caiu?
- Tem medo de novas quedas?
- Outras observações:

Também é importante investigar (transformar em perguntas)

- sobre algum local da residência que não é frequentado e qual o motivo
- o local onde passa a maior parte do tempo
- a atividade desenvolvida e os problemas

Ao final da ação orientar de acordo com os problemas detectados relacionados a atividades cotidianas e às modificações do ambiente, com ênfase nas medidas preventivas.

AVALIAÇÃO DE ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA (ABVD)
Índice de KATZ

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades menos uma
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional

D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades
Outro	Dependente em, pelo menos, duas funções, mas não se classifica em C, D, E e F.

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA, KATZ	
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.	
Banho - a avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que receberem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.	**(1)** Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho) se essa é usualmente utilizada para banho
	(2) Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)
	(3) Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
Vestir- para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem,parcial ou totalmente, despidas.	**(1)** Pega as roupas e se veste completamente sem assistência
	(2) Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos
	(3) Recebe assistência para pegar as roupas ou para se vestir ou permanece, parcial ou totalmente, despido

Banheiro- a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro com excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenharem a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes.	**(1)** Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste, após as eliminações, sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã
	(2) Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para se vestir, após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite
	(3) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar
Transferência- a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.	**(1)** Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)
	(2) Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio
	(3) Não sai da cama
Continência- "Continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo, como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas, classifica a pessoa como dependente,	**(1)** Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar.
	(2) Tem "acidentes" ocasionais (perdas urinárias ou fecais)
	(3) Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo e/ou incontinente

Alimentação -a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem.	**(1)** Alimenta-se sem assistência
	(2) Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão
	(3) Recebe acedência para se alimentar ou é alimentado, parcial ou totalmente, por sonda enteral ou parenteral

AVALIAÇÃO INSTRUMENTAL DE ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AIVD)

Escala de Lawton

Avaliação dos resultados: para cada questão, a primeira resposta significa independência, a segunda, dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência, A pontuação máxima é 27 pontos. As questões de 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escada ou cuidar do jardim.

O(a) senhor(a) consegue usar o telefone?	( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) não consegue	(3) (2) (1)
O(a) senhor(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) não consegue	(3) (2) (1)
O(a) senhor(a) consegue fazer compras?	( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) não consegue	(3) (2) (1)
O(a) senhor(a) consegue preparar suas próprias refeições?	( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) não consegue	(3) (2) (1)
O(a) senhor(a) consegue arrumar a casa?	( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) não consegue	(3) (2) (1)
O(a) senhor(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos como pequenos reparos?	( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) não consegue	(3) (2) (1)
O(a) senhor(a) consegue lavar e passar sua roupa?	( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) não consegue	(3) (2) (1)

O(a) senhor(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) não consegue	(3) (2) (1)
O(a) senhor(a) consegue cuidar de suas finanças?	( ) sem ajuda ( ) com ajuda parcial ( ) não consegue	(3) (2) (1)

Pontuação Obtida: _____ pontos

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 - Política nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI.

_____ Ministério da Saúde. Lei no 8.842,de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Guia Prático do Cuidador. Brasília, 2009.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2010.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série A: Normas e Manuais Técnicos nº 113).

CAMARANO, AA. Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro, 2010.

FREITAS EV; MIRANDA RD. Parâmetros clínicos do envelhecimento e Avaliação Geriátrica Ampla. In: FREITAS EV et.al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2006. p.900-9.

HEKMAN PRW. O idoso frágil. In: FREITAS EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 926-9.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Indicadores sócio-demográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, 2010.

MACIEL AC. Incontinência urinária. In: FREITAS EV et al (org). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2a.ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2006.

MINAYO MC. Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

PAVARINI SCI; NERI AL. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar:conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE YAO; DIOGO MJD. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo, Atheneu, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

7 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

Guilherme José Duarte[1]
Izabel Cristina Teles Vencancio[2]
Thaysa Zago Ázara Figueiredo[3]
Vanusa Claudete Anastácio Usier Leite[4]

Introdução

A Constituição Federal de 1988 remete ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade sobre a Saúde do Trabalhador e o ambiente de trabalho.

"Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: (...) II- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de Saúde do Trabalhador; (...) VIII- colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho".

As Leis Federais n° 8.080, de setembro de 1990 e n° 8.142, de dezembro de 1990, também conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde - LOS, regulam, fiscalizam e controlam as ações e os serviços de saúde (Brasil, 1990).

A Lei nº 8.080/1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O art. 6°, da mesma Lei inclui no campo de atuação do SUS, a execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, Saúde do Trabalhador, assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

O parágrafo 3°, do mesmo artigo, conceitua a Saúde do Trabalhador como:

" § 3º - Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde-SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no pro-

[1]Enfermeiro, mestre, Secretaria de Estado de Saúde de Goiás
[2]Enfermeira, especialista, Secretaria de Estado de Saúde de Goiás
[3]Enfermeria, especialista, Secretaria de Estado de Saúde de Goiás
[4]Enfermeira, mestre,Pontifícia Universidade Católica de Goiás

cesso de trabalho;
III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador;
IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e a empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração, a colaboração das entidades sindicais; e
VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Saúde do Trabalhador e Saúde Ocupacional

A Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador coexistem, contudo possuem níveis de atuação distintos face ao entendimento de ambas em relação ao processo saúde-doença relacionada ao trabalho.

Enquanto a Saúde do Trabalhador é um campo da Saúde Pública (A saúde pública é a disciplina que trata da proteção da saúde em nível populacional e procura melhorar as condições de saúde das comunidades), a Saúde Ocupacional é responsável por normatizar e supervisionar a saúde e segurança dos trabalhadores no local onde desempenha as suas funções.

Portanto, a Saúde do Trabalhador como campo da Saúde Pública compreende a articulação entre produção, trabalho e saúde, assistindo os trabalhadores independentes do seu vínculo empregatício, sendo responsável por coordenar os Protocolos dos Agravos em Saúde do Trabalhador.

A Saúde Ocupacional é comumente representada pelo Ministério do Trabalho e Emprego, órgão responsável por normatizar e supervisionar a saúde e segurança dos trabalhadores, com vínculo empregatício, regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), através das Normas Regulamentadoras (NRs) (Lei nº 6.514/1977 - Portaria 3.214/1978).A Saúde Ocupacional é baseada no processo saúde-doença, vinculado aos serviços de perícia médica.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a principal finalidade dos Ser-

viços de Saúde Ocupacional consiste na promoção de condições laborais que garantam o mais elevado grau de qualidade de vida no trabalho, protegendo a saúde dos trabalhadores, promovendo o bem-estar físico, mental e social, prevenindo e controlando os acidentes e as doenças através da redução das condições de risco.

Quadro 1. Características da Saúde do Trabalhador e da Saúde Ocupacional

Saúde do Trabalhador	**Saúde Ocupacional**
Campo da Saúde Pública	Representada pelo Ministério do Trabalho e Emprego, órgão responsável por normatizar e supervisionar a saúde e segurança
Assiste aos trabalhadores independentes do seu vínculo empregatício	Trabalhadores com vínculo empregatício, regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), através das Normas Regulamentadoras (NRs)
Coordena os Protocolos dos Agravos à Saúde do Trabalhador	Atuação multiprofissional com a finalidade de controlar os riscos ambientais
Possui um olhar além do processo laboral, considerando os reflexos do trabalho e das condições de vida dos indivíduos, das famílias, abordando integralmente o sujeito em resolutividade, responsabilidade, acolhimento e integralidade	Baseada no processo saúde/doença vinculado ao serviço de perícia médica, modelo centrado no médico e na doença

Fonte: Centro de Referência Saúde do Trabalhador/ Estadual/SES/GO.

Relação entre Ministério do Emprego e Trabalho (MET), Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Previdência Social (MPS)

A Política de Saúde do Trabalhador deve estabelecer interfaces com as políticas econômicas, de indústria e comércio, agricultura, ciência e tecnologia, educação e justiça, estando diretamente relacionada às políticas do trabalho, previdência social e meio ambiente, realizando articulações com as organizações de trabalhadores e sociedade civil podendo garantir a participação e subsidiar a promoção de condições de trabalho dignas, seguras e saudáveis para os trabalhadores.

Tais políticas demonstram caráter intrassetorial envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS e intersetorial envolvendo Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente, Justiça, Educação e demais setores relacionados com as políti-

cas de desenvolvimento.

Segundo o Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) (Dec. Nº 7.602/2011), todos são responsáveis em implementar as ações para a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador.

O Ministério do Trabalho e Emprego é responsável por intermediar a relação empregado e empregador regidos pela CLT, em elaborar e supervisionar o cumprimento das Normas Regulamentadoras (NRs), envolve os conceitos de Saúde Ocupacional e ferramentas como Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMTs) e Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPAs).

O Ministério da Saúde fomenta a estruturação de atenção integral à saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalhos saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores, reabilitação física e psicossocial, envolve os conceitos de Saúde do Trabalhador e ferramentas como Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), CERESTs, Sistema Nacional de Notificação (SINAN) e Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador.

O Ministério da Previdência Social é responsável em subsidiar a formulação e a proposição de diretrizes e normas relativas à interseção entre as ações de segurança e saúde no trabalho e reconhecimento dos benefícios previdenciários decorrentes dos riscos ambientais do trabalho, por intermédio do INSS, via Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), realiza ações de reabilitação profissional e avalia a incapacidade laborativa para fins de concessão de benefícios previdenciários.

A CAT é um formulário, instituído pelo Instituto Nacional de Previdência Social que deve ser preenchido na ocorrência de todo acidente ou doença relacionada ao trabalho para fins previdenciários, permitindo que os serviços de saúde gerem informações sobre os agravos, norteando as ações de prevenção e promoção da saúde. Em casos de acidentes com servidores públicos efetivos, também, é obrigatório o preenchimento da Comunicação de Acidente do Trabalho.

Vigilância em Saúde do Trabalhador

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológicos, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de avaliar, planejar e executar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los. (Portaria n° 3.120/98).

A VISAT é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, como preconiza a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora.

Cabe à VISAT a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos.

Seu campo de atuação objetiva a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas.

Dentro da perspectiva estruturante, essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador e como componente da vigilância em saúde, a VISAT deve inserir-se no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária à Saúde. (Portaria GM/MS Nº 3.252/09).

Segundo a Portaria n°3.252/2009, a VISAT tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destina a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Constitui-se ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo:

I – vigilância epidemiológica
II – promoção da saúde
III – vigilância da situação em saúde
IV – vigilância em saúde ambiental
V – vigilância da saúde do trabalhador
VI – vigilância sanitária

As ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador exigem embasamento legal para o seu desenvolvimento, uma vez que são regidas pelo princípio da legalidade. Dentre os instrumentos legais, encontram-se a Constituição Federal, as constituições estaduais e municipais e as leis orgânicas que fundamentam a base jurídica da VISAT no SUS.

Além das normas legais que são próprias do setor saúde, existem legislações trabalhistas, previdenciárias, ambientais e ainda há alguns dispositivos internacionais que podem ser invocados pela autoridade pública para garantirem a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores.

As Normas Regulamentadoras (NRs) (Portaria 3.214/1978) se destacam no cuidar da saúde do trabalhador pela determinação legal de procedimentos estabelecidos para cumprimento obrigatório nas empresas e para os seus empregados.

Atenção Básica e Saúde do Trabalhador

As ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica estão previstas no processo de construção da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador com o

objetivo de integrar a rede de serviços do SUS, voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento e a ampliação de forma articulada das ações em Saúde do Trabalhador.

A Atenção Básica assume o papel de centro de comunicação e coordenação dos fluxos de toda a rede.

APortaria Nº 648 GM/2006, da Política Nacional de Atenção Básica, revisou as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), definindo a Atenção Básica como se segue:

> *"um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social."* (Brasil, 2006)

Nesse cenário, o CEREST atua como o ponto de atenção da rede que possui como principal atribuição o matriciamento das ações de saúde do trabalhador, por meio da rede sentinela e Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se organiza a partir dos pontos de atenção, detecção e registro dos agravos relacionados ao trabalho.

De acordo com o Manual da RENAST, é consenso que a inserção efetiva das ações de Saúde do Trabalhador no SUS está diretamente relacionada à sua assimilação pela Atenção Básica.

A Secretaria de Estado de Saúde de Goiásobservando os fatores organizacionais e o crescimento do trabalho informal, familiar e em domicílio percebeu que a Atenção Básica tem a possibilidade de fazer chegar ações de saúde, o mais próximo possível de lugares onde as pessoas vivem e trabalham.

Quadro 2 - Ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica

Assistência	Diagnóstico e Tratamento das doenças relacionadas ao trabalho, de modo articulado com outros programas de saúde específicos para grupos populacionais (mulheres, crianças, idosos, portadores de necessidades especiais, etc.)
	Coleta sistemática da História Ocupacional para o estabelecimento da relação do adoecimento com o trabalho
	Referência e Contra-referência para níveis mais complexos de cuidado
	Encaminhamento ao INSS para o provimento dos benefícios previdenciários correspondentes
Vigilância da Saúde • Sanitária • Epidemiologia • Ambiental	Cartografia das atividades produtivas no território
	Identificação e cadastro dos trabalhadores
	Vigilância das condições e dos ambientes de trabalho – Vigilância Sanitária
	Busca ativa de casos de doença relacionada ao trabalho. Vigilância Epidemiológica
	Identificação da necessidade e participação nos processos de Regulação
	Referência e Contra-referência para níveis mais complexos de cuidado
Informação	Notificação dos agravos e das situações de risco para a saúde dos traba hadores
	Alimentação do Sistema de Informação (SINAN).
Produção do Conhecimento	Identificação de problemas de saúde e de outras questões relacionadas ao trabalho que necessitam ser investigadas ou estudadas
	Participação em Projetos e Estudos
Atividades educativas	Orientação dos trabalhadores em nível individual e coletivo, grupos operativos, etc
	Educação permanente
	Produção e divulgação de material educativo.
Controle Social	Planejamento, programação, acompanhamento e avaliação das ações
	Discussão da organização dos processos produtivos e de suas conseqüências sobre a saúde e o ambiente

A Equipe de Enfermagem do Trabalho

A Saúde Pública é a ciência e arte de promover, proteger e recuperar a saúde física e mental por meio de medidas de alcance coletivo e de motivação da população.

A enfermagem do trabalho é um ramo da enfermagem de Saúde Pública e, como tal, utiliza os mesmos métodos e técnicas empregadas em Saúde Pública, visando à promoção da saúde do trabalhador; proteção contra os riscos decorrentes de suas atividades laborais; proteção contra agentes químicos, físicos, biológicos e psicossociais; manutenção de sua saúde no mais alto grau do bem-estar físico e mental e recuperação de lesões, doenças ocupacionais ou nãoocupacionais e sua reabilitação.

A equipe de enfermagem do trabalho é composta por Enfermeiro do Trabalho e Técnico em Enfermagem do Trabalho.

Enfermeiro do Trabalho é o portador de certificado de conclusão de curso de especialização em enfermagem do trabalho, em nível de pós-graduação.

O Técnico em Enfermagem do Trabalho é o Técnico em Enfermagem portador de certificado de conclusão de curso de Técnico em Enfermagem do Trabalho a título de especialização técnica.

Atribuições específicas da equipe de Enfermagem

Enfermeiro

- Programar e realizar ações de assistência básica e de Vigilância à Saúde do Trabalhador.
- Realizar investigações em ambientes de trabalho e junto ao trabalhador em seu domicílio.
- Realizar entrevista com ênfase em Saúde do Trabalhador.
- Notificar acidentes e doenças do trabalho, por meio de instrumentos de notificação utilizados pelo setor de saúde.
- Planejar e participar de atividades educativas no campo da Saúde do Trabalhador.

Técnico em Enfermagem

- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, os trabalhadores que sofreram acidentes graves e/ou os portadores de doença relacionada ao trabalho que estejam ou não afastados do trabalho ou desempregados.
- Preencher e organizar arquivos das fichas de acompanhamento de Saúde do Trabalhador.
- Participar do Planejamento das atividades educativas em Saúde do Trabalhador.
- Coletar material biológico para exames laboratoriais.

Ações em saúde do trabalhador a serem desenvolvidas no nível local de saúde

As propostas de ações apresentadas a seguir deverão ser desenvolvidas pela rede básica municipal de saúde, quer ela se organize em equipes de Saúde da Família, em Agentes Comunitários de Saúde e/ou em centros/postos de saúde.

Não devem ser compreendidas como um check-list, devendo ser discutidas e adaptadas em função da dinâmica de trabalho dos grupos de profissionais que atuam na atenção básica no nível municipal de saúde.

Atribuições gerais da equipe de saúde

- Na atenção básica, a equipe de saúde deve identificar e registrar:
- A população, economicamente ativa, por sexo e faixa etária.
- As atividades produtivas existentes na área, bem como os perigos e os riscos potenciais para a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente.
- Os integrantes das famílias que são trabalhadores (ativos do mercado formal ou informal, no domicílio, rural ou urbano e desempregados), por sexo e faixa etária.
- A existência de trabalho precoce(crianças e adolescentes menores de 16 anos, que realizam qualquer atividade de trabalho, independentemente de remuneração, que frequentem ou não as escolas).

- A ocorrência de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho que acometam trabalhadores inseridos tanto no mercado formal como informal de trabalho.

Atribuições para o serviço de saúde

- Organizar e analisar os dados obtidos em visitas domiciliares realizadas pelos agentes e membros das equipes de Saúde da Família.
- Desenvolver programas de Educação em Saúde do Trabalhador.
- Incluir o item ocupação e ramo de atividade em toda ficha de atendimento individual de crianças acima de 5 anos, adolescentes e adultos.
- Em caso de acidente ou doença relacionada com o trabalho, deverão ser adotadas as seguintes condutas:

1. Condução clínica dos casos (diagnóstico, tratamento e alta) para aquelas situações de menor complexidade, estabelecendo os mecanismos de referência e contrarreferência necessários.
2. Encaminhamento dos casos de maior complexidade para serviços especializados em Saúde do Trabalhador, mantendo o acompanhamento dos mesmos até a sua resolução.
3. Notificação dos casos, mediante instrumentos do setor saúde: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH); Sistema de Informações de Agravos Notificáveis (SINAN) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).
4. Solicitar à empresa a emissão da CAT, em se tratando de trabalhador inserido no mercado formal de trabalho.
5. Investigação do local de trabalho, visando estabelecer relações entre situações de risco observadas, e o agravo que está sendo investigado.
6. Realizar orientações trabalhistas e previdenciárias, de acordo com cada caso.
7. Informar e discutir com o trabalhador as causas de seu adoecimento.

Trabalho precoce

Cresce a cada dia o número de crianças e adolescentes que trabalham. Uns fazem trabalho leve, acompanhados e protegidos pela família, desenvolvendo-se na convivência coletiva e adquirindo os saberes transmitidos através das gerações. Outros, por constituírem-se, às vezes, na única fonte de renda familiar, tornam-se fundamentais para a sobrevivência de seu grupo familiar à custa da própria saúde e oportunidades de desenvolvimento humano que lhes são negadas como direito social.

Qualquer atividade produtiva no mercado formal ou informal, que retire a criança e/ou o adolescente do convívio com a família e com outras crianças, prejudicando, assim, as atividades lúdicas próprias da idade, por comprometer o seu desenvolvimento

cognitivo, físico e psíquico, deve ser combatida e constitui-se situação de alerta epidemiológico em Saúde do Trabalhador. Ao perceber a existência de criança em situação de trabalho infantil, o profissional deve:

- Levantar a situação no local de trabalho e junto à família.
- Discutir a situação com a família.
- Comunicar ao Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, ao Conselho Tutelar da área e à Secretaria de Assistência Social do INSS.
- Buscar soluções em conjunto com a comunidade, a família e as instituições referidas acima.

Acidente de trabalho

O termo "acidentes de trabalho" refere-se a todos os acidentes que ocorrem no exercício da atividade laboral ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa, podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal como informal de trabalho. São também considerados como acidentes de trabalho aqueles que, embora não tenham sido causa única, contribuíram diretamente para a ocorrência do agravo. São eventos agudos, podendo ocasionar morte ou lesão, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.

Arranjo físico inadequado do espaço de trabalho, falta de proteção em máquinas perigosas, ferramentas defeituosas, possibilidade de incêndio e explosão, esforço físico intenso, levantamento manual de peso, posturas e posições inadequadas, pressão da chefia por produtividade, ritmo acelerado na realização das tarefas, repetitividade de movimento, extensa jornada de trabalho com frequente realização de horaextra, pausas inexistentes, trabalho noturno ou em turnos, presença de animais peçonhentos e presença de substâncias tóxicas nos ambientes de trabalho estão entre os fatores mais frequentemente envolvidos na gênese dos acidentes de trabalho.

Tradicionalmente, os riscos presentes nos locais de trabalho são classificados em:

Riscos ou agentes físicos - São aqueles que se apresentam sob forma de energia: ruído, vibração, calor, frio, luminosidade, ventilação, umidade, pressões anormais, radiação etc.

Riscos ou agentes químicos - Substânciasquímicas tóxicas, presentes nos ambientes de trabalho nas formas de gases, fumo, névoa, neblina e/ou poeira.

Riscos ou agentes biológicos - São formas vivas ou produtos e substâncias deles derivados, como: bactérias, fungos, parasitas, vírus, etc.

Risco Ergonômico - Levantamento e transporte manual de peso, repetitividade, responsabilidade, ritmo excessivo, posturas inadequadas de trabalho, trabalho em turnos e noturno e outras situações geradoras de estresse físico e/ou psíquico.

Risco de acidentes - Arranjo físico inadequado, iluminação inadequada, incêndio e explosão, eletricidade, máquinas e equipamentos sem proteção, quedas e animais peçonhentos e outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes.

Os principais acidentes que ocorrem com os profissionais da saúde nas unidades básicas são de trajeto, com material perfurocortante contaminado e alergias às substâncias químicas utilizadas na desinfecção.

Acidentes fatais –É aquele que leva a óbito imediatamente após sua ocorrência ou posteriormente, a qualquer momento, em ambiente hospitalar ou não.Devem gerarnotificação e investigação imediata. Em se tratando de acidente ocorrido com trabalhadores do mercado formal, acompanhar a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) pela empresa, que deverá fazê-la até 24 horas após a ocorrência do evento.

Acidentes graves –É aquele que acarreta mutilação, física ou funcional, e o que leva à lesão cuja natureza implique em comprometimento extremamente sério, preocupante. Acidentes comtrabalhador menor de 18 anos independentemente da gravidade; acidente ocular; fratura fechada; fratura aberta ou exposta; fratura múltipla; traumatismo crânio-encefálico; traumatismo de nervos e medula espinhal; eletrocussão; asfixia traumática ou estrangulamento; politraumatismo; afogamento; traumatismo de tórax/abdome/bacia, com lesão; ferimento com menção de lesão visceral ou de músculo ou de tendão; amputação traumática; lesão por esmagamento; queimadura de III grau; traumatismo de nervos e da medula espinhal e intoxicações agudas.

Procedimento no acidente de trabalho

- Acompanhar e articular a assistência na rede de referência para a prevenção das sequelas.
- Acompanhar a emissão da CAT pelo empregador.
- Preencher o Laudo de Exame Médico (LEM).
- Notificar o caso nos instrumentos do SUS.
- Investigar o local de trabalho, visando estabelecer relações entre o acidente ocorrido e situações de risco presentes no local de trabalho.
- Desenvolver ações de intervenção, considerando os problemas detectados nos locais de trabalho.
- Orientar sobre os direitos trabalhistas e previdenciários.
- Após a alta hospitalar, realizar acompanhamento domiciliar, registrando as avaliações em ficha a ser definida pelo SIAB.

Doenças relacionadas ao trabalho

As doenças do trabalho referem-se a um conjunto de danos ou agravos que incidena saúde dos trabalhadores, causado, desencadeado ou agravado por fatores de risco

presentes nos locais de trabalho. Manifesta-se de forma lenta, insidiosa, podendo levar anos, às vezes até mais de 20, para manifestar o que, na prática, tem demonstrado ser um fator dificultador no estabelecimento da relação entre uma doença sob investigação e o trabalho. Também são consideradas as doenças provenientes de contaminação acidental no exercício do trabalho e as doenças endêmicas quando contraídas por exposição ou contato direto, determinado pela natureza do trabalho realizado.

Algumas doenças do trabalho são consideradas pelo Ministério da saúde como prioridades para notificação e investigação epidemiológica, são elas:Pneumoconioses; Silicose; Asbestose; Asma ocupacional; Perda auditiva induzida por ruído;Lesão por esforço repetitivo / Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (LER/DORT); Intoxicações Exógenas; Dermatoses ocupacionais; Distúrbios mentais do trabalho. Ressalta-se que cada estado ou município tem autonomia para a inclusão de outras doenças, em função de suas específicas necessidades regionais e locais.

Doenças das vias aéreas

As doenças das vias aéreas estão diretamente relacionadas com materiais inalados nos ambientes de trabalho. Dependem das propriedades físico-químicas desses agentes, da susceptibilidade individual e do local de deposição de partículas – nariz, traquéia, brônquios ou parênquima pulmonar.

Quando o local de deposição é o nariz, geralmente a resposta clínica é a rinite, a perfuração septal ou o câncer nasal; quando se localiza na traquéia ou brônquios, pode-se observar broncoconstricção, devido à reação antígeno x anticorpo ou induzida por reflexo irritativo; quando se localiza no parênquima pulmonar, pode ocorrer alveolite alérgica extrínseca, como no caso das poeiras orgânicas; pneumoconiose, como no caso das poeiras minerais; ou lesão pulmonar aguda, bronquiolite e edema pulmonar. No caso de poeiras e gases radioativos, tem-se observado câncer pulmonar. Considerando-se a magnitude do problema, serão priorizadas a notificação e a investigação das pneumoconioses e asma ocupacional.

Pneumoconioses

São patologias resultantes da deposição de partículas sólidas no parênquima pulmonar, levando a um quadro de fibrose, ou seja, ao endurecimento intersticial do tecido pulmonar.

As pneumoconioses mais importantes são aquelas causadas pela poeira de sílica, configurando a doença conhecida como silicose, e aquelas causadas pelo asbesto, configurando a asbestose.

Silicose

É a principal pneumoconiose no Brasil, causada por inalação de poeira de sílica livre cristalina (quartzo). Caracteriza-se por um processo de fibrose, com formação de nódulos isolados nos estágios iniciais e nódulos conglomerados e disfunção respiratória nos estágios avançados. Atinge trabalhadores inseridos em diversos ramos produtivos: na indústria extrativa (mineração subterrânea e de superfície); no beneficiamento de minerais (corte de pedras, britagem, moagem, lapidação**);** emfundições; em cerâmicas; em olarias; na escavação de poços; polimentos e limpezas de pedras.

Os sintomas, normalmente, aparecem após longos períodos de exposição, cerca de 10 a 20 anos. É uma doença irreversível, de evolução lenta e progressiva. Sua sintomatologia inicial é discreta – tosse e escarros. Nessa fase não se observa alteração radiográfica. Com o agravamento do quadro, surgem sintomas como dispneia de esforço e astenia. Em fases mais avançadas, pode surgir insuficiência respiratória, com dispneia aos mínimos esforços e até em repouso. A forma aguda, conhecida como silicose aguda, é uma doença extremamente rara, está associada à exposição a alta concentração de poeira de sílica.

O diagnóstico está fundamentadonahistória clínico-ocupacional, na investigação do local de trabalho, no exame físico e nas alterações encontradas em radiografias de tórax, as quais deverão ser realizadas de acordo com técnica preconizada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Asbestose

O Brasil é um dos grandes produtores mundiais de asbesto, também conhecido como amianto. O asbesto possui ampla utilização industrial, principalmente, na fabricação de produtos de cimento-amianto, materiais de fricção como pastilhas de freio, materiais de vedação, piso e produtos têxteis, como mantas e tecidos resistentes ao fogo. Assim, os trabalhadores expostos, ocupacionalmente, a esses produtos são aqueles vinculados à indústria extrativa ou à indústria de transformação. Também estão expostos os trabalhadores da construção civil e os trabalhadores que se ocupam da colocação e reforma de telhados, isolamento térmico de caldeiras, tubulações e manutenção de fornos (tijolos refratários).

A asbestose é a pneumoconiose associada ao asbesto ou amianto, sendo uma doença eminentemente ocupacional. A doença, de caráter progressivo e irreversível, tem um período de latência superior a 10 anos, podendo se manifestar alguns anos após cessada a exposição. Clinicamente, caracteriza-se por dispneia de esforço, estertores crepitantes nas bases pulmonares, baqueteamento digital, alterações funcionais e pequenas opacidades irregulares na radiografia de tórax.

O diagnóstico é realizado a partir da história clínica e ocupacional, do exame

físico e das alterações radiológicas. O Raio X de tórax assim como sua leitura deverão ser realizados de acordo com as normas preconizadas pela OIT.

Asma ocupacional

É a obstrução difusa e aguda das vias aéreas, de caráter reversível, causada pela inalação de substâncias alergênicas, presentes nos ambientes de trabalho, como, por exemplo, poeiras de algodão, linho, borracha, couro, silica, madeira vermelha etc. O quadro é o de uma asma brônquica, sendo que os pacientes se queixam de falta de ar, tosse, aperto e chieira no peito, acompanhados de rinorreia, espirros e lacrimejamento, relacionados com as exposições ocupacionais às poeiras e vapores. Muitas vezes, uma tosse noturna persistente é a única queixa dos pacientes. Os sintomas podem aparecer no local da exposição ou após algumas horas, desaparecendo, na maioria dos casos, nos finais de semana, períodos de férias ou afastamentos.

Perda Auditiva Induzida por Ruído

A Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (PAIR), relacionada ao trabalho, é uma diminuição gradual da acuidade auditiva, decorrente da exposição continuada em níveis elevados de ruído. Algumas de suas características são:

- é sempre neurossensorial, por causar dano às células do órgão de CORTI;
- é irreversível e quase sempre similar bilateralmente;
- é passível de não progressão, uma vez cessada a exposição ao ruído intenso.

O ruído é um agente físicouniversalmente distribuído, está presente em praticamente todos os ramos de atividade.

O surgimento da doença está relacionado com o tempo de exposição ao agente agressor, às características físicas do ruído e à susceptibilidade individual. O surgimento de PAIR pode ser potencializado por exposição concomitante à vibração, a produtos químicos, principalmente os solventes orgânicos,ao uso de medicação ototóxica. Se o trabalhador for portador de diabetes, poderá ter elevada sua susceptibilidade ao ruído.

O diagnóstico da PAIR só pode ser estabelecido por meio de um conjunto de procedimentos: anamnese clínica e ocupacional, exame físico, avaliação audiológica e, se necessário, outros testes complementares.

A exposição ao ruído, além de perdaauditiva, acarreta alterações importantes na qualidade de vida do trabalhador em geral, na medida em que provoca ansiedade, irritabilidade, aumento da pressão arterial, isolamento e perda da autoimagem. No seu conjunto, esses fatores comprometem as relações do indivíduo na família, no trabalho e na sociedade.

Lesão por esforço repetitivo / Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho

As lesões por esforços repetitivos/Doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho (LER/DORT) são afecções decorrentes das relações eda organização do trabalho existentes no moderno mundo do trabalho, em que as atividades são realizadas com movimentos repetitivos, com posturas inadequadas, trabalho muscular estático, conteúdo pobre das tarefas, monotonia e sobrecarga mental, associadas à ausência de controle sobre a execução das tarefas, ritmo intenso de trabalho, pressão por produção, relações conflituosas com as chefias e estímulo à competitividade exacerbada. Vibração e frio intenso também estão relacionados com o surgimento de quadros de LER/DORT.

Caracteriza-se por um quadro de dorcrônica, sensação de formigamento, dormência, fadiga muscular (por alterações dos tendões, musculatura e nervos periféricos) e dor muscular ou nas articulações, especialmente ao acordar à noite. É um processo de adoecimento insidioso, carregado de simbologias negativas sociais e intenso sofrimento psíquico: incertezas, medos, ansiedades e conflitos.

Acomete trabalhadores inseridos nosmais diversos ramos de atividade, com destaque para aqueles que estão nas linhas de montagem do setor metalúrgico, empresas do setor financeiro, de autopeças, da alimentação, de serviços e de processamento de dados.

Intoxicação exógena

Intoxicação é a manifestação clínica dos efeitos nocivos resultantes da interação entre um toxicante (a substância química) e sistema biológico. Por envenenamento, entende-se o transtorno produzido por toxinas. As intoxicações podem ser classificadas quanto ao tempo em: Agudas, quando ocorre uma ou mais exposições num período muito curto, cerca de 24horas. Subagudas, quando há exposições repetidas num tempo mais longo, 24horas há três meses. Crônicas, quando ocorrem exposições por mais de três meses até anos.

Quanto à intensidade, são classificadas clinicamente em leve, moderada e grave. As vias de exposição ao toxicante podem ser: endovenosa, respiratória, intraperitoneal, subcutânea, intramuscular, intradérmica, retal, oral e dermal. As causas: acidental (individual ou coletiva), profissional, intensional (tentativa de suicídio, de homicídio) ou ambiental.

Alguns agentes patógenos são de primordial importância para a saúde do trabalhador,sendo de notificação compulsória, são eles: Agrotóxicos; Chumbo-saturnismo; Mercúrio-hidrargirismo; Solventes orgânicos; Benzeno – benzenismo.

Picadas por animais peçonhentos

Verificar se ocorreu no exercício de atividades laborais, notificar e investigar a situação.

Dermatoses Ocupacionais

As dermatoses ocupacionais, embora benignas em sua maioria, constituem problema de avaliação difícil e complexa. Referem-se a toda alteração da pele, mucosas e anexos, direta ou indiretamente, causada, condicionada, mantida ou agravada pela atividade de trabalho. São causadas por agentes biológicos, físicos e, principalmente, por agentes químicos.

Aproximadamente, 80% das dermatoses ocupacionais são provocadas por substâncias químicas presentes nos locais de trabalho, ocasionando quadros do tipo irritativo (a maioria) ou do tipo sensibilizante.

O diagnóstico é realizado a partir da anamnese clínico-ocupacional e do exame físico. O teste de contato deve ser realizado quando se suspeita de quadro do tipo sensibilizante, visando identificar o(s) agente(s) alergênico(s).

Distúrbios mentais e trabalho

O trabalho tem sido reconhecido como importante fator de adoecimento, de desencadeamento e de crescente aumento de distúrbios psíquicos. Os determinantes do trabalho que desencadeiam ou agravam distúrbios psíquicos irão, geralmente, se articular a modos individuais de responder, interagir e adoecer, ou seja, as cargas do trabalho vão incidir sobre um sujeito particular, portador de uma história singular preexistente ao seu encontro com o trabalho.

O processo de sofrimento psíquico não é, muitas vezes, imediatamente visível. Seu desenvolvimento acontece de forma "silenciosa" ou "invisível", embora também possa eclodir de forma aguda por desencadeantes diretamente ocasionados pelo trabalho.

Alguns sinais e sintomas de distúrbios psíquicos são: modificação do humor, fadiga, irritabilidade, cansaço por esgotamento, isolamento, distúrbio do sono (falta ou excesso), ansiedade, pesadelos com o trabalho, intolerância, descontrole emocional, agressividade, tristeza, alcoolismo, absenteísmo. Alguns desses quadros podem vir acompanhados ou não de sintomas físicos como dores (de cabeça ou no corpo todo), perda do apetite, mal-estar geral, tonturas,náuseas, sudorese, taquicardia, somatizações, conversões (queixas de sintomas físicos que não são encontrados em nível de intervenções médicas) e sintomas neurovegetativos diversos.

Fatores do trabalho que podem gerar ou desencadear distúrbios psíquicos:

- Condições de trabalho: físicas, químicas e biológicas, vinculadas à execução do trabalho.
- A organização do trabalho: estruturação hierárquica, divisão de tarefa, jornada, ritmo, trabalho em turno, intensidade, monotonia, repetitividade, responsabilidade excessiva, entre outros.

- O trabalhador com suspeita de distúrbio psíquico relacionado ao trabalho deverá ser encaminhado para atendimento especializado em Saúde do Trabalhador e para assistência médico-psicológica.

Procedimentos a serem adotados frente a diagnósticos de doenças relacionadas ao trabalho pelo nível local de saúde

- Afastar o trabalhador imediatamente daexposição – o afastamento deverá ser definitivo para as doenças de caráterprogressivo.
- Realizar o tratamento nos casos de menor complexidade.
- Encaminhar os casos de maior complexidade para a rede de referência, acompanhá-los e estabelecer a contrarreferência.
- Notificar o caso nos instrumentos do SUS.
- Investigar o local de trabalho, visando estabelecer relações entre a doença sob investigação e os fatores de risco presentes no local de trabalho.
- Desenvolver ações de intervenção, considerando os problemas detectados nos locais de trabalho.

Para trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, acrescentar:

- Acompanhar a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) pelo empregador.
- Preencher o item II da CAT, referente a informações sobre diagnóstico, laudo e atendimento.
- Encaminhar o trabalhador para perícia do INSS, fornecendo-lhe o atestado médico referente ao afastamento do trabalho dos primeiros quinze dias.
- Orientar sobre direitos trabalhistas e previdenciários.

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) é um serviço do Sistema Único de Saúde (SUS). Constitui-se uma estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral de Saúde do Trabalhador (RENAST), com a função de retaguarda técnica e científica para os serviços do SUS nas ações de prevenção, promoção, proteção e vigilância em Saúde dos Trabalhadores.

Instituído pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) n° 1.679/2002 e habilitado pela Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) n° 614/2006.

A rede de centros de referência forma a estrutura da RENAST em caráter permanente, com o papel fundamental de consolidar a cultura de atenção integral à Saúde do Trabalhador.

Cabe à Secretaria de Estado da Saúde (SES) coordenar e gerir todas as ações dos CERESTs, com objetivo deatender às questões relativas à Saúde dos Trabalhadores,

conforme previsto na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/90.

Os CERESTs foram instituídos para todos os trabalhadores, independente de sua forma de inserção no mercado de trabalho, seja nos setores formais e informais da economia, inclusive aqueles que exercem atividades não remuneradas, em situação de desemprego involuntário.

Como orientação geral, os CERESTs não poderão assumir atividades que os caracterizem como porta de entrada para o sistema de Atenção Básica em saúde, salvo em regiões desprovidas de rede de serviços capacitada para efetuá-las.

Composição da equipe do CEREST

Recursos humanos mínimos dos CERESTs

Modalidade	Equipe mínima	Recursos humanos mínimos
CEREST Regional	10	✓ 4 profissionais de nível médio*, sendo ao menos 2 auxiliares de enfermagem ✓ 6 profissionais de nível universitário**, sendo ao menos 2 médicos (20 horas semanais) e 1 enfermeiro (40 horas semanais)
CEREST Estadual	15	✓ 5 profissionais de nível médio*, sendo ao menos 2 auxiliares de enfermagem ✓ 10 profissionais de nível superior**, sendo ao menos 2 médicos (20 horas) e 1 enfermeiro (40 horas)

* Profissional de nível médio: auxiliar de enfermagem, técnico de higiene esegurança do trabalho, auxiliar administrativo, arquivistas, entre outros.

** Profissional de nível superior, com experiência comprovada de, no mínimo, dois anos, em serviços de Saúde do Trabalhador e/ou com especialização em Saúde Pública ou especialização em Saúde do Trabalhador: médicos generalistas, médicos do trabalho, médicos especialistas, odontologistas, engenheiros, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, sociólogos, ecólogos, biólogos, terapeutas ocupacionais, advogados, relações públicas, educadores, comunicadores, entre outros.

Atribuições dos CERESTs em saúde do trabalhador

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador promovem ações voltadas para a melhoria das condições de trabalho e qualidade de vida do trabalhador por meio

das ações de prevenção e vigilância.

A instituição da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), pela Portaria n° 1.679 GM/MS/2002 foi um marco importante para as ações em Saúde do Trabalhador devido à promoção de recursos para os CERESTs, sendo ampliada e fortalecida pela Portaria n° 2.437 GM/MS/2005.

A publicação do Manual da RENAST em 2006, pelo Ministério da Saúde, delineou as diretrizes dos CERESTs Estaduais e Regionais no território nacional, privilegiando a execução, articulação e pactuação de ações em saúde, intra e intersetorialmente, na área de abrangência de cada CEREST, conferindo mais visibilidade para as ações executadas.

Para que os CERESTs possam desempenhar ações no cumprimento de suas atribuições deverão estruturar suas atividades em Núcleos Técnicos que propiciem o desenvolvimento e implantação de um "Sistema Integrado de Acompanhamento do Desempenho Operacional das Ações de Saúde voltadas para os Trabalhadores na Sua Área de Abrangência".

Visando melhora contínua no desempenho das atividades, todo CEREST deve planejar, implantar e desenvolver ações voltadas à Saúde do Trabalhador em sua área de abrangência, lançando os dados no sistema, consolidando as ações desenvolvidas.

Atribuições dos Centros de Referências Estaduais em Saúde do Trabalhador (CEREST Estadual)

- Participar da elaboração e da execução da Política de Saúde do Trabalhador no Estado.
- Participar do planejamento das Ações em Saúde do Trabalhador no âmbito estadual.
- Participar de parcerias e de articulações para o desenvolvimento de ações intersetoriais em Saúde do Trabalhador no âmbito estadual.
- Acompanhar e auxiliar no Planejamento dos CERESTs Regionais, respeitando a autonomia e a realidade regional.
- Participar do Polo Estadual de Educação Permanente, apontando as necessidades de capacitação e formação em Saúde do Trabalhador no âmbito estadual, assim como de colaborações na elaboração de programas de formação, especialização e qualificação de profissionais de saúde para execução das ações nessa área.
- Promover e estimular intercâmbio técnico-científico entre instituições nacionais, estrangeiras e Secretarias Estaduais de Saúde (SES).
- Estruturar o Observatório Estadual de Saúde do Trabalhador.
- Estimular, prover subsídios e participar da pactuação para definição da Rede Sentinela de Serviços em Saúde do Trabalhador no Estado.
- Contribuir para as ações de Vigilância em Saúde, com subsídios técnicos e operacio-

nais para a vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária.

- Definir as linhas de cuidado para todos os agravos de notificação compulsória dispostos na Portaria nº 777/04/GM (revogada pela Portaria nº 104/2011), a serem seguidas para a atenção integral dos trabalhadores usuários do SUS.
- Contribuir na identificação e avaliação da saúde de adolescentes e crianças submetidas a situações de trabalho, assim como atuar com outros setores de governo e da sociedade na prevenção do trabalho infantil.
- Determinar fluxos de referência e contrarreferência de cada linha de cuidado de atenção integral à Saúde do Trabalhador.
- Subsidiar a pactuação da inclusão de ações em Saúde do Trabalhador na agenda estadual de saúde e na Programação Pactuada e Integrada (PPI), em conjunto com os setores de planejamento, controle e avaliação.
- Subsidiar a pactuação da inclusão de ações em Saúde do Trabalhador na PPI da vigilância.
- Desenvolver práticas de aplicação, validação e capacitação de Protocolos de Atenção em Saúde do Trabalhador, visando consolidar os CERESTs como referências de diagnóstico e de estabelecimento da relação entre o quadro clínico e o trabalho.
- Desenvolver estudos e pesquisas na área de Saúde do Trabalhador e do meio ambiente, atuando em conjunto com outras unidades e instituições, públicas ou privadas, de ensino e pesquisa ou que atuem em áreas afins à saúde e ao trabalho.
- Dar suporte técnico para o aperfeiçoamento de práticas assistenciais interdisciplinares em Saúde do Trabalhador, organizadas na forma de projetos.
- Propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho.
- Promover eventos técnicos, elaboração de protocolos clínicos e manuais.
- Prestar suporte técnico para que os municípios executem a pactuação regional, a fim de garantirem, em toda a área do Estado, o atendimento aos casos de doenças relacionadas ao trabalho.
- Participar, no âmbito de cada estado, do treinamento e da capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da Saúde do Trabalhador, em todos os níveis de atenção: Vigilância em Saúde, Programa de Saúde da Família (PSF) (Estratégia de Saúde da Família – ESF), Unidades Básicas, Ambulatórios, Prontos-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados.
- Apoiar a organização e a estruturação da assistência de média e alta complexidade, no âmbito estadual, para dar atenção aos acidentes de trabalho e aos agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho que constam na Portaria nº 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999, e aos agravos de notificação compulsória citados na Portaria GM nº 777, de 28 de abril de 2004, GM (revogada pela Portaria nº 104/2011):

a) acidente de trabalho fatal
b) acidentes de trabalho com mutilações
c) acidente com exposição a material biológico
d) acidentes do trabalho com crianças e adolescentes
e) dermatoses ocupacionais
f) intoxicações exógenas, por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos
gases tóxicos e metais pesados
g) lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)
h) pneumoconioses
i) perda auditiva induzida por ruído (PAIR)
j) transtornos mentais relacionados ao trabalho
l) câncer relacionado ao trabalho

Todos os CERESTs estaduais deverão dispor de bases de dados disponíveis e atualizados, no mínimo com os seguintes componentes para sua respectiva área de abrangência:
a) mapa de riscos no trabalho
b) mapa de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho
c) indicadores sociaiseconômicos de desenvolvimento, força de trabalho e IDH
d) informações sobre benefícios pagos pela Previdência Social e outros órgãos securitários
e) capacidade instalada do SUS
f) PPI
g) estrutura regional e funcionamento do INSS e da Delegacia Regional do Trabalho

Funções dos Centros de Referências Regionais em Saúde do Trabalhador (CERESTs Regionais)

As atribuições dos CERESTs Regionais, enquanto unidades especializadas de retaguarda para as ações de Saúde do Trabalhador no SUS, compete:
1. Atuar como agentes facilitadores na descentralização das ações intra e intersetorial de Saúde do Trabalhador.
2. Realizar e auxiliar na capacitação da rede de serviços de saúde, mediante organização e planejamento de ações em Saúde do Trabalhador em nível local e regional.
3. Ser referência técnica para as investigações de maior complexidade, a serem desenvolvidas por equipe interdisciplinar e, quando necessário, em conjunto com técnicos do CEREST Estadual.
4. Dispor de delegação formal da vigilância sanitária nos casos em que a Saúde do Trabalhador não estiver na estrutura da vigilância em saúde ou da vigilância sanitária.

5. Propor e assessorar a realização de convênios de cooperação técnica com os órgãos de ensino, pesquisa e instituições públicas com responsabilidade na área de Saúde do Trabalhador, de defesa do consumidor e do meio ambiente.
6. Realizar intercâmbios com instituições que promovam o aprimoramento dos técnicos dos CERESTs para que esses se tornem agentes multiplicadores.
7. Subsidiar a formulação de políticas públicas e assessorar o planejamento de ações junto aos municípios.
8. Assessorar o poder legislativo em questões de interesse público.
9. Contribuir no planejamento e na execução da proposta de formação profissional da rede do SUS e nos pólos de capacitação.
10. Facilitar o desenvolvimento de estágios, trabalho e pesquisa com as universidades locais, as escolas e os sindicatos, entre outros.
11. Contribuir nos projetos das demais assessorias técnicas municipais.
12. Fomentar as relações interinstitucionais.
13. Articular a vigilância em saúde do trabalhador com ações de promoção como proposta de municípios saudáveis.
14. Apoiar a organização e a estruturação da assistência de média e alta complexidades, no âmbito local e regional, para dar atenção aos acidentes de trabalho e aos agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho que constam na Portaria nº 1339/GM, de 18 de novembro de 1999, e aos agravos de notificação compulsória citados na Portaria GM nº 777, de 28 de abril de 2004, GM (revogada pela Portaria nº 104/2011):

a) acidente de trabalho fatal
b) acidentes de trabalho com mutilações
c) acidente com exposição a material biológico
d) acidentes do trabalho com crianças e adolescentes
e) dermatoses ocupacionais
f) intoxicações exógenas, por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados
g) lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)
h) pneumoconioses
i) perda auditiva induzida por ruído (PAIR)
j) transtornos mentais relacionados ao trabalho
l) câncer relacionado ao trabalho

15. Prover subsídios para o fortalecimento do controle social na região e nos municípios do seu território de abrangência.
16. Participar do Pólo Regional de Educação Permanente de forma a propor e pactuar

as capacitações em Saúde do Trabalhador consideradas prioritárias.
17. Estimular, prover subsídios e participar da pactuação da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador na região de sua abrangência.
18. Subsidiar a pactuação da inclusão de ações em Saúde do Trabalhador na PPI da vigilância, em sua área de abrangência.
19. Estabelecer os fluxos de referência e contrarreferência com encaminhamentos para níveis de complexidade diferenciada.
20. Desenvolver práticas de aplicação e de treinamento regional para a utilização dos Protocolos em Saúde do Trabalhador, visando à consolidação dos CERESTs como referências de diagnóstico e de estabelecimento da relação entre o quadro clínico e o trabalho.
21. Fornecer subsídios para a pactuação das ações em Saúde do Trabalhador nas agendas municipais de saúde em sua área de cobertura, assim como na Programação Pactuada e Integrada (PPI), em conjunto com o setor de planejamento, controle e avaliação.
22. Prover suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o registro, a notificação e os relatórios sobre os casos atendidos e o encaminhamento dessas informações aos órgãos competentes, visando às ações de vigilância e proteção à saúde.
23. Prover suporte técnico às ações de vigilância, de média e alta complexidades, de intervenções em ambientes de trabalho, de forma integrada às equipes e aos serviços de vigilância municipal e/ou estadual.
24. Prover retaguarda técnica aos serviços de vigilância epidemiológica para processamento e análise de indicadores de agravos à saúde relacionados com o trabalho em sua área de abrangência.
25. Desenvolver ações de promoção à Saúde do Trabalhador, incluindo ações integradas com outros setores e instituições, tais como Ministério do Trabalho, da Previdência Social e Ministério Público, entre outros.
26. Participar, no âmbito do seu território de abrangência, do treinamento e da capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da Saúde do Trabalhador, em todos os níveis de atenção.

Referências

Ministério da Saúde.Caderno de Atenção Básica.Saúde do Trabalhador.Brasília: 2002. Disponível em:http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/s00b.htm
Portaria GM/MS nº 2.437/2005 que dispõe sobre a ampliação e fortalecimento da RENAST no SUS e define, em seu Anexo VI, a Composição das Equipes dos CERESTs.
Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.Construindo Ações de Saúde do Tra-

balhador no Âmbito das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde.Belo Horizonte. 2011.
Ministério da Saúde.Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador.Manual de Gestão e Gerenciamento. 1ed.Brasília: 2006.

8 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Camila Cardoso Caixeta[1]
Edilene Lima Vianey[2]
Elizabeth Esperidião[3]
Nathalia dos Santos Silva[4]
Paula Candida da Silva Dias[5]

Introdução

O Protocolo de Enfermagem é um instrumento norteador que regula as ações do profissional de enfermagem inserido na área de saúde mental. Neste documento serão apresentados aspectos da Política Nacional de Saúde Mental para nortear as ações do enfermeiro no contexto da área da Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica no Brasil e no estado de Goiás. Buscou-se configurar a Rede de Atenção Psicossocial existente, segundo o Ministério da Saúde, elencar algumas ferramentas e atribuições do enfermeiro nas ações referentes ao tema, elucidar a importância do profissional enfermeiro no atendimento às necessidades do Centro de Atenção Psicossocial, quais as intervenções de enfermagem no momento de crise e destacar pontos importantes a serem considerados em situações de urgência e emergência.

Entende-se que a adoção de um Protocolo em Saúde Mental configura-se um desafio, pois implica, em além de discutir práticas e crenças muitas vezes cristalizadas, reconhecer a plasticidade do cuidado influenciado pelas mudanças nas políticas públicas de saúde e pela Rede Assistencial existente.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para a prática cotidiana de cuidado dos enfermeiros, embora se reconheça que não tem a intenção de esgotar os conteúdos e abordagens nele expressos. O processo de construção do conhecimento é dinâmico e pode envolver ajustamentos necessários a cada realidade, desde que ancorada em fundamentações teóricas, nas demandas e necessidades das pessoas a serem cuidadas.

O enfermeiro no contexto da política nacional de saúde mental

A Lei nº 10.216/2001 traz um marco importante para a área da saúde mental no

[1]Enfermeira, doutora, Faculdade Enfermagem, Universidade Federal de Goiás

[2]Enfermeira, mestre, Pontifícia Universidade Católica de Goiás

[3]Enfermeira, doutora, Faculdade de Enfermagem, Mestrado Profissional e, Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás

[4]Enfermeira, doutoranda, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

[5]Enfermeira, mestranda, Pontifícia Universidade de Goiás

Brasil, pois redireciona as ações da assistência especializada, na medida em que privilegia o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe, ainda, sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, nos quais se incluem os dependentes de substâncias psicoativas (BRASIL, 2004).

A referida Lei legitima a Política Nacional de Saúde Mental e tem entre suas diretrizes a desinstitucionalização, com a redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos; a expansão e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica; a atenção integral ao usuário; a implantação de um programa permanente de formação de profissionais para Reforma Psiquiátrica; a promoção dos direitos de pacientes e familiares e, por fim, a implantação de um programa de geração de renda e trabalho de usuário (BRASIL, 2005).

Para atender à lógica do Modelo de Atenção Psicossocial foi instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas que tem como finalidade criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para todos aqueles que necessitam de atendimento especializado.

No que se refere ao cuidado à pessoa usuária de álcool e outras drogas, vale destacar a Portaria Nº 1.028, de 1º de julho de 2005,que trata de ações que visam à redução de danos sociais e à saúde. A redução de danos desenvolve-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo. Definir que as ações compreendam uma ou mais das medidas de atenção integral à saúde, listadas a seguir, praticadas respeitando as necessidades do público alvo e da comunidade: informação, educação e aconselhamento; assistência social e à saúdee disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites.

Entende-se que a complexidade da atenção em saúde mental só pode ser atendida se houver articulação efetiva entre serviços e dispositivos sociais existentes na comunidade, seguindo a lógica da atenção territorial, na perspectiva da inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.

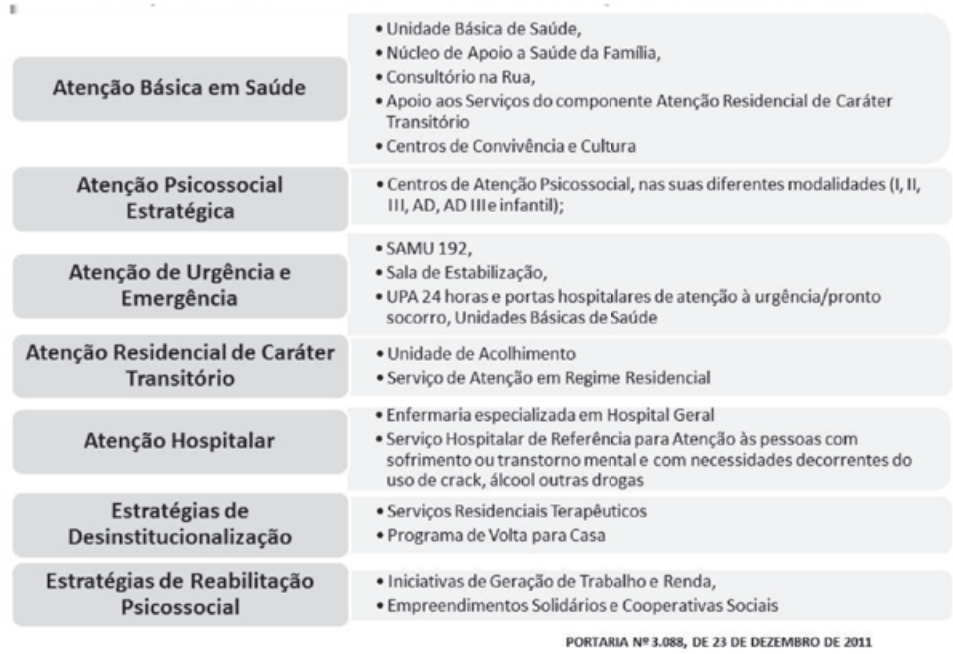
Nesse contexto vale ressaltar que a enfermagem é uma categoria profissional essencial na construção desses espaços de cuidado. Além de o enfermeiro ser profissional obrigatório na constituição da equipe mínima de diversos pontos de atenção da RAPS, ele possui competências humanísticas e integrais para o trabalho no território com foco no cuidado à pessoa e suas relações num determinado contexto, sendo esses fatores que facilitam a construção de um plano terapêutico mais próximo da realidade de cada usuário (ROCHA, 2005).

A configuração daRede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), segundo a Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, é constituída pelos seguintes componentes: I - atenção básica em saúde, II - atenção psicossocial especializada, III - atenção de urgência e emergência, IV - atenção residencial de caráter transitório, V - atenção hospitalar, VI - estratégias de desinstitucionalização e VII - reabilitação psicossocial.

Dessa forma, a ilustração (Figura 1) a seguir demonstra os pontos de atenção que compõem a RAPS.

Figura 1. Componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial


Atenção Básica em Saúde
• Unidade Básica de Saúde,
• Núcleo de Apoio a Saúde da Família,
• Consultório na Rua,
• Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
• Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica
• Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades (I, II, III, AD, AD III e infantil);
Atenção de Urgência e Emergência
• SAMU 192,
• Sala de Estabilização,
• UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório
• Unidade de Acolhimento
• Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar
• Enfermaria especializada em Hospital Geral
• Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização
• Serviços Residenciais Terapêuticos
• Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial
• Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda,
• Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais
PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011

Nos municípios onde a RAPS ainda é insuficiente, por não possuir todos os pontos de atenção descritos acima, os enfermeiros da Atenção Básica deverão desenvolver competências específicas para o cuidado em saúde mental, além de articular com outros profissionais e serviços para possibilitar resposta resolutiva no próprio território. Recomenda-se o estudo do Caderno de Atenção Básica 34, sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Básica, disponível no link:http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab34.

Além desses serviços previstos na RAPS, dois dos pontos atualmente utilizados para a atenção em saúde mental no estado de Goiás são o Pronto-Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc (PSPWC) e o ambulatório de psiquiatria, localizados em Goiânia.

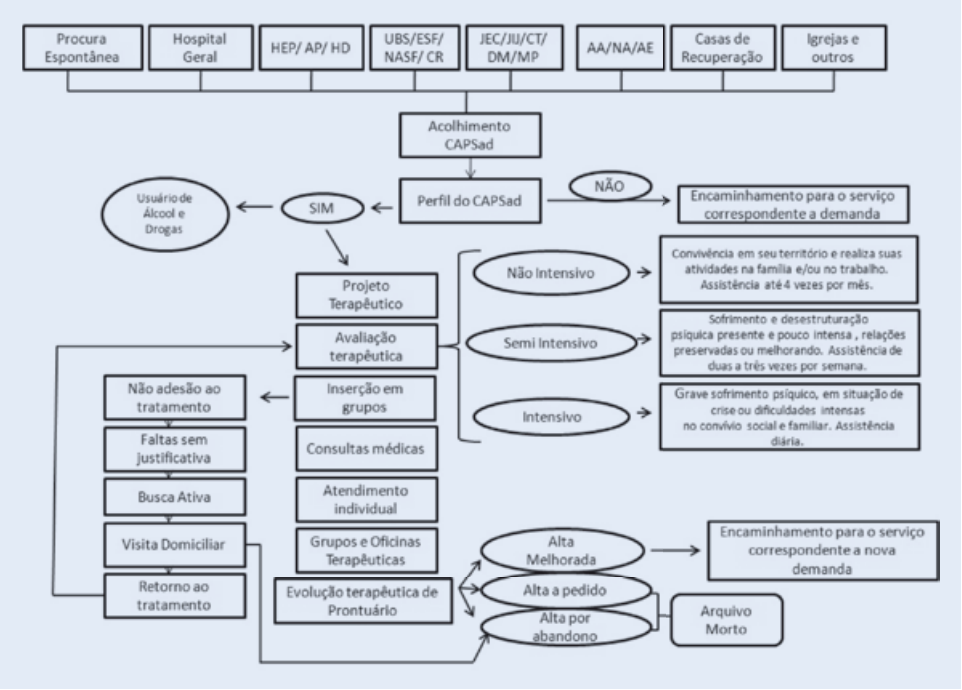
O PSPWC tem sido porta de entrada para a atenção em Psiquiatria no Estado e é uma unidade responsável por encaminhar às clínicas psiquiátricas, se houver neces-

sidade, os usuários para a internação pelo SUS. Caso não seja necessária a internação, deve ser feito o encaminhamento aos serviços substitutivos (CAPS) ou a outras unidades de saúde, dependendo da necessidade do usuário e da disponibilidade de serviços oferecidos no território. Cabe ressaltar que o PSPWC deverá ser substituído por serviços de atenção de urgência e emergência e de atenção psicossocial especializada à medida que a RAPS for implementada.

Em todos os componentes preconizados pelas RAPS estão previstas equipes multiprofissionais e o enfermeiro é componente de todos elas. Considerando isso, é fundamental que os enfermeiros sejam competentes para atender, juntamente com a equipe, as demandas em saúde mental e articular os diversos pontos estabelecidos pela RAPS com os existentes no território.

Apesar da atenção em saúde mental ser singular e dinâmica, sugere-se o fluxo (Figura 2) a seguir que foi elaborado para um CAPS AD. Entretanto, recomenda-se o seu uso na orientação do atendimento em CAPS I, II e infantil.

Figura 2. Fluxo extraído da dissertação de mestrado: A tecnologia de intervenção grupal em sala de espera num serviço de saúde mental. (MELO, Juliana Macedo. Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Goiás, 2014).


Procura Espontânea
Hospital Geral
HEP/ AP/ HD
UBS/ESF/ NASF/ CR
JEC/JIJ/CT/ DM/MP
AA/NA/AE
Casas de Recuperação
Igrejas e outros
Acolhimento CAPSad
Perfil do CAPSad
NÃO
Encaminhamento para o serviço correspondente a demanda
SIM
Usuário de Álcool e Drogas
Projeto Terapêutico
Avaliação terapêutica
Não Intensivo
Convivência em seu território e realiza suas atividades na família e/ou no trabalho. Assistência até 4 vezes por mês.
Semi Intensivo
Sofrimento e desestruturação psíquica presente e pouco intensa , relações preservadas ou melhorando. Assistência de duas a três vezes por semana.
Intensivo
Grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar. Assistência diária.
Inserção em grupos
Consultas médicas
Atendimento individual
Grupos e Oficinas Terapêuticas
Não adesão ao tratamento
Faltas sem justificativa
Busca Ativa
Visita Domiciliar
Retorno ao tratamento
Evolução terapêutica de Prontuário
Alta Melhorada
Alta a pedido
Alta por abandono
Encaminhamento para o serviço correspondente a nova demanda
Arquivo Morto

Atribuições do enfermeiro nas ações de saúde mental e psiquiatria

Realizar acolhimento

O acolhimento tem por objetivo oferecer escuta diferenciada que possibilita a ressignificação de sentimentos, observação de sinais e sintomas, bem como as condições familiares e sociais para as intervenções necessárias, receber o usuário acolhendo a sua demanda e contribuindo para a sua integração ao grupo e à unidade; informar sobre a dinâmica do serviço; o tratamento e a forma de cuidar, assim como esclarecer dúvidas; identificar necessidades e potenciais do sujeito para facilitar a definição de um projeto terapêutico inicial, personalizado e efetivo.

O acolhimento realizado nas unidades de Saúde é um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário. Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e, se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços.

Esses encontros com os usuários oferecem ao profissional a possibilidade de conhecer as demandas de saúde da população de seu território. Com esse conhecimento, a equipe de Saúde tem como criar recursos coletivos e individuais de cuidado avaliados como os mais necessários ao acompanhamento e ao suporte de seus usuários e de sua comunidade. No campo da Saúde Mental, têm-se como principais dispositivos comunitários os grupos terapêuticos, os grupos operativos, a abordagem familiar, as redes de apoio social e/ou pessoal do indivíduo, os grupos de convivência, os grupos de artesanato ou de geração de renda, entre outros (BRASIL, 2013).

Implementar o processo de enfermagem em saúde mental por meio da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Em 15 de outubro de 2009, o Conselho Federal de Enfermagem determinou por meio da Resolução 358/2009 que "O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem", sendo que cabe ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem.

É sabido que, para a implementação do Processo de Enfermagem, é fundamental, então, que o enfermeiro realize consulta de enfermagem em Saúde Mental. Ainda não é uma realidade na saúde mental, porque há dificuldades de compreender a efetividade e vantagem da SAE e muitos enfermeiros acreditam que tais ações parecem acarretar apenas maior volume de trabalho burocrático.

Por outro lado, a realização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) deve ser uma

prática comum a todos os serviços de saúde mental e, para a confecção do PTS, a consulta de enfermagem se faz necessária.

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de "caso clínico". É bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, consequentemente, para definição de propostas de ações. O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc.).

Como sugestão para facilitar a compreensão da possível operacionalização da realização da consulta de enfermagem e PTS, seguem as orientações para a realização da consulta de enfermagem:

1 – Escolher espaço que possua recursos físicos e matérias para a realização da consulta, com iluminação e ventilação adequadas, além de considerar a privacidade.

2 – Preparar o ambiente de forma acolhedora.

3 – Se apresentar ao paciente e convidar para o ambiente da entrevista.

4 – Nesse momento, cabe ao enfermeiro avaliar a necessidade ou não da presença de um familiar ou pessoa que possua vínculo para acompanhar a consulta. Se houver necessidade desta presença é importante ouvir o usuário primeiramente e sempre dar espaço para a verbalização.

5 – O início da entrevista deve ser pouco diretiva, permitindo a livre expressão do paciente ou acompanhante.

6 – Após a exposição inicial do usuário ou acompanhante, o entrevistador deve adotar um papel mais ativo e observar linguagem nãoverbal. Vale destacar que, a avaliação psiquiátrica começa antes mesmo do início da entrevista, com a observação da expressão facial e corporal do paciente, trajes, movimentos e maneira de se apresentar.

7 – Depois desse contato, o enfermeiro deve proceder o Processo de Enfermagem que compreende 5 etapas (Resolução COFEN 358/2009, BRESSAN, 2013):

1ª etapa – Coleta de dados (ou Histórico de Enfermagem). Essta etapa compreende a realização da anamnese/entrevista, exame psíquico, exame físico e comentários/ ob-

servações do enfermeiro. A entrevista é a fase inicial e é a primeira e melhor oportunidade do usuário dizer como percebe o seu estado de saúde. Propicia a compreensão de como a pessoa é, como ela e a família encaram o processo saúde-doença, quais são suas perspectivas em relação ao cuidado e como podem participar do plano de cuidados que será estabelecido pelo enfermeiro. Para isso, mais do que um diálogo organizado, a entrevista exige habilidades de comunicação terapêutica, de escuta para entender e explorar os dados que o paciente traz e reconhecer esse momento como uma oportunidade de estabelecer vínculo.

Detalhando um pouco mais, a anamnese/entrevista é composta por vários itens e trata-se do relato da sequência de fatos importantes sobre a situação atual ou pregressa do indivíduo com queixa clínica (Cheniaux, 2008). A anamnese/entrevista é composta por: identificação, queixa principal, história da doença atual, história patológica pregressa, história social, história familiar, necessidades e nível de autonomia: padrão do sono, padrão de funcionamento intestinal e urinário, hábitos alimentares, hidratação, atividades de vida diária (AVD), atividades instrumentais de vida diária (AIVD), relacionamento social e companhias, atividade física, de recreação e lazer, relacionamento afetivo, aspectos da sexualidade, informação sobre sua condição e tratamento (Townsend, 2002 e Cheniaux, 2008).

O Exame Psíquico abrange dados referentes à avaliação das funções psíquicas e pode ser adquirido por diversos instrumentos existentes na literatura. Chama-se a atenção para a observação da fala do indivíduo, como ele se comporta durante a entrevista, os dados trazidos por ele durante a consulta, memória, orientação e presença de delírios e alucinações, pois, muitas vezes, esses dados oferecem subsídios para a avaliação do estado psíquico a serem coletados.

O Exame físicodo portador de transtorno mental não difere dos indivíduos em patologias mentais e em muitos casos, quando realizados, adequada, e respeitosamente pelo profissional, pode ser uma forma de aproximação afetiva e criação de vínculo (Dalgalarrondo, 2008).

Comentários/observações do enfermeiro é um espaço aberto para que o profissional faça seus comentários, algumas observações e impressões que adquiriu durante a consulta de enfermagem. Nesse espaço, podem surgir informações preciosas de situações percebidas, como o relacionamento entre o sujeito e família, comportamentos e atitudes manifestados pelo indivíduo. Esses sentimentos ou impressões podem ser produto de muitos fatores, como a experiência clínica do profissional, aspectos transferênciais e contratransferênciais, valores pessoais e preconceitos que, inevitavelmente, carregados.

2ª etapa –Diagnóstico de Enfermagem. Essa etapa compreende a interpretação e agrupamento dos dados coletados na entrevista para levantar as necessidades do usuá-

rio e da família. Essas informações auxiliam a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetivam alcançar os resultados esperados pelo usuário e família no território. Orienta-se a utilização de formulários para a consulta de enfermagem, seguindo as etapas/itenspreviamente estabelecidos, para que o trabalho seja o mais sistematizado possível e propicie uma forma mais ágil de visualização do processo de enfermagem. O enfermeiro tem autonomia para escolher a taxonomia que entender mais adequada para pensar o processo.

3ª etapa –Planejamento de enfermagem. Nessa etapa, os resultados que se esperam alcançar devem ser discutidos junto com a equipe multiprofissional, usuário e família. A proposta terapêutica ou prescrição de enfermagem é composta por intervenções ou ações que serão desenvolvidas pelo enfermeiro ou pela equipe de enfermagem, em perfeita articulação com a equipe de saúde mental. É importante que a proposta terapêutica sugerida pelo enfermeiro seja discutida em equipe, pois irá compor o PTS. Destaca-se que as ações devem ser pensadas no âmbito individual, familiar e comunitário. Assim, em saúde mental, todos os equipamentos sociais do território devem ser considerados no planejamento das ações. As principais intervenções propostas pelo enfermeiro são as individuais e as grupais e têm por objetivos: fortalecer o vínculo enfermeiro-indivíduo-família-equipe, oferecer apoio/suporte, proporcionar mais autonomia ao indivíduo e à família, conscientizar dos problemas e tratamento, monitorar e intervir em sinais e sintomas psíquicos e efeitos colaterais, estimular o indivíduo e família a buscarem novas alternativas de manejo e apoio na rede social, diminuir a sobrecarga e nível de sofrimento da família e, se em grupo, propiciar a socialização e a troca de experiências (Stuart, Laraia; 2001).

4ª etapa –Implementação – compreende a realização das ações propostas no PTS.

5ª etapa –Avaliação de Enfermagem – compreende um processo sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa e família para determinar se o resultado das ações ou intervenções do PTS foram alcançados. Vale destacar que o aprazamento das ações e avaliações em Saúde Mental devem ser ampliados, considerando as características do adoecimento psíquico. Também, é fundamental que os profissionais de enfermagem façam o registro sistemático, organizado e completo das ações, sejam elas realizadas individualmente, sejam em conjunto com os outros profissionais da equipe.

Realizar visitas domiciliares (vd)

A visita domiciliar constitui um recurso facilitador no estabelecimento de vínculo entre usuário, família e equipe e tem como objetivo compreender a dinâmica familiar, identificar as possibilidades de envolvimento da família no projeto terapêutico singular

(PT) e na corresponsabilização de seu tratamento. Acredita-se que a VD fornece aos usuários dos pontos de atenção suporte para que os mesmos possam dar continuidade ao tratamento, evitando assim a reinternação (Reinaldo, Rocha; 2002).

O enfermeiro realizará, quantas vezes forem necessárias, a visita juntamente com outro membro de sua equipe e no retorno discutirá o caso com a equipe, a fim de traçar as estratégias de ação e registrará, por meio de relatório no prontuário do usuário. O Critério de escolha de qual usuário deverá ser visitado é decorrente da demanda que a equipe julgar necessária.

Hoje a enfermagem psiquiátrica tem contribuído para a ressocialização dos usuários, por meio da orientação desses e familiares, intervenção em situação de crise, consulta de enfermagem em saúde mental, acolhimento, entre outras modalidades assistenciais, que já fazem parte do seu cotidiano. São modelos que dão ênfase à valorização da subjetividade do sujeito. É sabido que a especificidade da clínica psiquiátrica proporciona um aprendizado diário com os usuários, pois são eles que mostram o melhor caminho a seguir e que, portanto, dizem se essas estratégias de assistência são válidas ou não. Sendo assim, acredita-se que as visitas domiciliares de enfermagem, interagindo com o usuário em seu ambiente familiar, orientando a família, contribuem para que ambos possam conquistar condições de viver, trabalhar e produzir, convivendo com o transtorno mental de forma satisfatória (Reinaldo, Rocha; 2002).

Atenção à família como unidade de cuidado

A família tem ocupado espaço de destaque na constituição e na resolução dos problemas relacionados à saúde individual e coletiva. A reunião de família em saúde mental e tem por objetivo fazer uma escuta acolhedora, de fortalecê-la para reaprender a cuidar de si e instrumentalizá-la no cuidado ao seu familiar.

Assim, a relação de proximidade entre profissional-família-comunidade e o reconhecimento da história de vida da família se mostra como estratégia facilitadora da identificação das necessidades do grupo familiar, o que permite um espaço potente de construção conjunta de um cuidado integral, atendendo às expectativas dos sujeitos envolvidos, agregando forças e modos diversos que impulsionam a construção de estratégias inovadoras e criativas de promoção da saúde em que subjetividade e singularidade são marcadores definidores das ações de Saúde Mental (OLSCHOWSKY, LAVALL E CAMATTA, 2013).

Participar das ações de matriciamento

O Apoio Matricial é um arranjo organizacional com o objetivo de reordenação dos serviços de saúde, de acolhimento e apoio aos profissionais, usuários e suas famílias dentro do território (Brasil, 2011).

O Matriciamento é um criador de vínculos, possibilita a formulação de soluções de referência e contrarreferência, por meio da interação entre as unidades durante o matriciamento e, provavelmente, depois dele. A troca de experiências nas reuniões e o esclarecimento das dúvidas da equipe da UBS sobre como lidar com os usuários possibilitam a reflexão sobre os antigos estigmas de atendimento às pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais, alicerçados em conceitos mais humanizados, ampliando a visão do cuidado psicossocial e da rede que as atende.

Os benefícios não se resumem às taxas de redução de encaminhamentos desnecessários, vai além, alcançando a família e o meio de convivência do usuário, trazendo suporte profissional de várias especialidades integradas, para um bem maior, a reinserção na sociedade. O preparo desses profissionais é de extrema importância, pois leva o conhecimento da rede de assistência psiquiátrica e serviços auxiliares (Brasil, 2011).

Sugere-se que faça a leitura do Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental do Ministério da Saúde, publicado em 2011 e disponível pelo link: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf.

Realizar o registro de todas as ações desenvolvidas

Considerando a importância do registro das ações de enfermagem desenvolvidas, o Cofen determina segundo a resolução nº 429/2012:

No cuidado de enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria é fundamental que o enfermeiro registre os relatos dos pacientes e familiares, atentando para sentimentos, sensações, atitudes, história de vida, itinerário terapêutico, desejos e perspectivas de vida. Tais elementos constituem-se importantes fatores para a construção do Projeto Terapêutico Singular, assim como maior eficiência na continuidade do cuidado.

Processo de trabalho no CAPS

A concepção de enfermagem em saúde mental está pautada no modelo humanista. Dessa forma, as funções do enfermeiro estão baseadas na promoção da saúde mental, na prevenção da enfermidade mental, na ajuda à pessoa a enfrentar as pressões e dificuldades do cotidiano, além da capacidade de assisti-la, a família e acomunidade, ajudando-as a encontrarem o verdadeiro sentido para o sofrimento mental (Vilela; Moraes, 2008).

Assim o enfermeiro deve, juntamente com a equipe multiprofissional e nos diversos dispositivos de atenção, garantir ao indivíduo e à sua família boas condições de saúde física e mental e permitir mecanismos de enfrentamento das adversidades, da dor e do sofrimento que determinadas ocasiões impõem.

Considerando que o CAPS é o articulador da Rede de Cuidado em Saúde Mental preconizada pelo Ministério da Saúde, seguem algumas ações de enfermagem.

Ações gerenciais e administrativas

- Planejar, coordenar e avaliar a assistência de Enfermagem aos usuários do CAPS.
- Participar/coordenar os programas de saúde implantados na unidade.
- Participar do planejamento, execução e avaliação dos programas de educação em saúde.
- Integrar-se no sistema de referência e contrarreferência, visando assegurar a continuidade de assistência ao usuário.
- Notificar os casos suspeitos e/ou confirmados de agravos à saúde.
- Elaborar relatórios e boletins das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem.
- Supervisionar a limpeza e desinfecção dos materiais da unidade.
- Zelar pelo bom uso dos materiais de consumo, visando uso racional.
- Zelar pelos bens patrimoniais da unidade.
- Cumprir e fazer cumprir normas de biossegurança.
- Prever o material de consumo para as atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem.
- Elaborar escala de serviço e atribuições diárias do pessoal de enfermagem da sua supervisão.
- Participar diariamente do repasse juntamente com a equipe de enfermagem.
- Atribuir tarefas à equipe de Enfermagem conforme a situação.
- Coordenar reuniões com a equipe de Enfermagem.
- Coordenar, supervisionar e avaliar as ações da equipe de enfermagem nas atribuições técnicas, pertinentes ao serviço para manter os padrões desejáveis de assistência aos usuários.

Ações educativas

- Participar dos programas de educação continuada e educação permanente que promovam cursos visando à atualização em relação aos avanços técnicos e científicos requeridos pela profissão.
- Realizar atividades educativas, tais como: orientação individual e/ou em grupos.
- Participar da elaboração de normas, instruções e rotinas específicas para padronização de procedimentos e racionalizar trabalhos, controlando sua aplicação.
- Participar das atividades de prevenção, controle de infecções e acidentes de trabalho.
- Orientar a equipe de enfermagem quanto à implantação das atividades da unidade de saúde e da assistência a ser prestada.
- Planejar e desenvolver capacitação sistemática em serviço, para a equipe de enfermagem ou, quando for solicitada pelos gestores, a fim de aprimorar e melhorar o pa-

drão de assistência prestada.

- Atualizar periodicamente as rotinas de enfermagem.
- Participar da elaboração dos programas de estágios das IES (Instituição de Ensino Superior) assim como das escolas de nível médio de Enfermagem.
- Participar de pesquisas.

Ações assistenciais

- Realizar consulta de enfermagem em saúde mental.
- Fazer prescrição de enfermagem aos usuários que estão em projeto terapêutico intensivo.
- Ministrar medicação, caso necessário.
- Verificar as medidas antropométricas e sinais vitais de todos os usuários acolhidos no CAPS.
- Verificar se o usuário que faz uso de medicamentos está tomando regularmente e, se não estiver, identificar o motivo, fazer as devidas orientações e discutir o caso com a equipe.
- Elaborar, acompanhar e reavaliar sempre que necessário os projetos terapêuticos de usuários.
- Participar dos grupos de medicação juntamente com o médico assistente.
- Acompanhar a terapêutica medicamentosa dos usuários.
- Participar das reuniões da equipe multidisciplinar.
- Participar das discussões dos casos.
- Realizar procedimentos de maior complexidade, tais como: assistência aos pacientes graves e/ou situações de urgência/emergência.
- Manter organizada a sala de procedimentos de enfermagem.
- Realizar atendimento individual, em grupo, atendimento aos familiares.
- Realizar orientações de enfermagem.

O enfermeiro em intervenção em crise

A crise, aqui descrita refere-se aos períodos transitórios de pertubação psicológica e comportamental decorrentes de situações de ameaças, perdas ou eventos significativos que a pessoa enfrenta no seu processo de vida.

A crise tem como principais características: ocorrência em pessoas saudáveis, caráter agudo, duração limitada, experimentada como uma reação emocional excessivamente opressora, a gravidade do evento é determinada pela pessoa que o experimenta e não pela sua magnitude e possibilidade de ser vivenciada como oportunidade para crescimento.

A maioria dos autores classifica as crises em três tipos básicos: a maturacional ou

evolutivas (relacionada aos eventos evolutivos, principalmente nas transições), a situacional (fatores externos) e a acidental ou fortuita (seriedade do evento). (CAPLAN, 1980; RODRIGUES, 1996).

A possibilidade de uma pessoa entrar em crise, então, está inversamente relacionada às características de vulnerabilidade e resiliência/recursos sociais que a pessoa tem. Assim, a existência de crise e/ou enfrentamento dela depende da estrutura psíquica da pessoa, da gravidade do evento e dos recursos pessoais e sociais que essa pessoa possui.

A evolução da crise é, em geral, previsível. Ela é descrita em quatro fases que correspondem ao aumento da ansiedade quando os mecanismos habituais de resposta falham, levando a um estado de desorganização da pessoa. 1ª fase – se depara com o evento e há aumento de ansiedade porque seus mecanismos de enfrentamento habituais não são suficientes para enfrentar o problema. 2ª fase – desconforto aumenta, tentativas de ensaio e erro para reestabelecer equilíbrio anterior. 3ª fase – se tentativas anteriores falharam, todos os recursos internos e externos são acionados. Ansiedade intensa mobiliza comportamentos de alívio automáticos (isolamento, fuga, regressão). 4ª fase – ansiedade esmagadora - desorganização da personalidade, pânico, confusão, violência contra outros, tentativa de suicídio.

Os principais objetivos da intervenção em crise são: segurança e redução da ansiedade da pessoa. Vislumbra-se o retorno da pessoa ao estágio de funcionamento anterior à crise ou a um nível mais adequado, porque novas habilidades de enfrentamento são aprendidas na resolução do evento.

Lembrando que, devido ao seu estado emocional, muitas vezes o indivíduo necessita de assistência e apoio de outra pessoa para ajudá-lo a mover recursos necessários para resolver a crise.

A intervenção em crise é uma estratégia de ajuda indicada para auxiliar uma pessoa e/ou família ou grupo, no enfrentamento de um evento traumático: amenizando os efeitos negativos - danos físicos e psíquicos, incrementando a possibilidade de crescimento de novas habilidades de enfrentamento, identificando opções e perspectivas de vida.

O enfermeiro em situações de urgência e emergência

As situações de urgência e emergência trazem grandes desafios para a abordagem. Segundo a lógica da Reforma Psiquiátrica, difere daquela do modelo psiquiátrico clássico, em que exercem intervenções padronizadas. São situações muitas vezes difíceis, pois restringem a capacidade de decisãoe a liberdade do usuário, o que pode impedir que aceite o tratamento necessário. Por outro lado, as retomadas do poder de decisão e da liberdade dependem justamente de uma aproximação hábil e respeitosa nesse momento.

Nas situações de urgência e emergência, o enfermeiro deve considerar três aspectos:

- **O aspecto psicopatológico:** É importante avaliar a presença e o grau de sintomatologia psíquica grave e/ou aguda. Se existe atividade delirante-alucinatória intensa e perturbadora, se o usuário está se sentindo perseguido, ouvindo vozes, achando que leem seu pensamento, apresentaagitação psicomotora intensa ou pelo contrário, se há lentificação psicomotora acentuada, isolamento, estupor ou relatos de ideias ou tentativas mais decididas de autoextermínio ou de agressão. Observar se os sintomas estão prejudicando o sono e o apetite e outras funções fisiológicas.
- **O aspecto dos laços sociofamiliares**: a abordagem da crise depende muito do suporte que a família e a comunidade podem oferecer. Por isso, é importante o enfermeiro verificar se a família tem estrutura que lhe permita acolher e ajudar o usuário ou se há outros parentes, vizinhos, amigos que possam ajudar. Se a posição da família diante da crise é de perplexidade, confusão, medo do usuário. Observar se a postura da família diante da abordagem recebida é receptiva, reservada e compromete-se com o tratamento proposto para o usuário.
- **O aspecto da posição do sujeito em crise**: quanto mais receptivo o usuário se mostrar, mais fácil será tratá-lo com recursos mais simples como a atenção básica por exemplo.

É importante o enfermeiro investigar qual a posição do usuário diante de seus sintomas, seus problemas, sua vida. Se ele consegue perceber que não está bem, como vivencia e tenta explicar seus sintomas atuais, se aceita receber ajuda ou mostra-se hostil, com medo diante da abordagem da equipe e como age diante dos familiares ou acompanhantes. É importante avaliar se está ou esteve vinculado a um bom tratamento em Saúde Mental como um Caps ou apenas conhece a internação em hospital psiquiátrico como formas de tratamento.

As abordagens nas situações de urgências e emergências psiquiátricas podemser desenvolvidas em qualquer espaço, nas unidades básicas de saúde, na comunidade, no domicílio, no CAPS ou na rua.

A abordagem inicial das situações de urgência e emergência em linhas gerais

Sempre procure conversar com o próprio usuário, para procurar obter sua cooperação (peça licença; escute o que ele diz; não o desminta; seja claro em sua oferta de ajuda).

Aproxime-se com cuidado; recue se necessário; evite assustá-lo; não permaneça a sós com ele em espaços fechados; mantenha colegas da equipe por perto ou ao lado.

Apenas em casos extremos de riscos para si mesmo ou para terceiros, está indicada a contenção mecânica ou química imediata.

Quanto ao local de abordagem

O usuário deve ser abordado onde for possível. Preferencialmente se concordar em comparecer a um serviço de Saúde – unidade básica ou CAPS. Caso contrário, será preciso ir até onde ele estiver - em casa, na rua, etc. O hospital psiquiátrico não deve ser a primeira opção para a abordagem.

A entrevista inicial

O enfermeiro deve obter uma breve história do quadro do usuário junto a ele:

- O que sente, quando e por que começou a se sentir dessa maneira, se já teve sintomas semelhantes, quais os tratamentos feitos, se usa medicamentos e quais; se tem doenças orgânicas concomitantes.
- Procure notar não só o que ele diz, mas como diz, o que não consegue informar, o que omite, deliberadamente ou não.
- Depois, complete essa história com uma entrevista com familiares (na ausência desses, de acompanhantes e vizinhos), com dados que permitam avaliar a situação sociofamiliar do usuário.
- Ao abordar a família, procure tranquilizá-la e orientá-la, mas nunca se comporte como cúmplice e, sim, como parceiro.

Indicações sobre o fluxo

A intervenção em crise pode ser orientada pelo próprio Processo de Enfermagem estabelecido pelo Cofen por meio da Resolução 358/2009. A escolha da técnica de intervenção depende da competência, criatividade e flexibilidade do terapeuta. Em saúde mental, todos os equipamentos sociais do território devem ser considerados no planejamento das ações e é importante considerar as estratégias de comunicação terapêutica. Nas situações que envolvem risco de auto ou heteroagressidade, é importante considerar o manejo ambiental, comportamental, farmacológico e físico.

A intervenção em crise pode ser implementada em qualquer contexto, incluindo hospitais, clínicas, CAPS, atenção básica, entre outros.

Trata-se de uma crise branda, que não configura urgência, se o usuário aceita tratar-se e tem suporte sociofamiliar para ajudá-lo.Nesse caso, é possível encaminhá-lo à Atenção Básica e acompanhá-lo pelo ACS, pelo médico generalista ou enfermeiro ou pelo profissional de Saúde Mental e reavaliar a medicação sempre quando necessário.

Entretanto, diante da compreensão do adoecimento como um fenômeno complexo, a avaliação na emergência psiquiátrica envolve a posição do sujeito, suas relações diante de uma crise, a posição da família e da comunidade e presença de sinais e sintomas psíquicos disfuncionais, como visto anteriormente.

Os objetivos da emergência psiquiátrica são: 1 - Escuta qualificada/acolhedora e

estabilização do quadro, 2 - Compreensão do caso, 3 - Exclusão de causa orgânica, 4 - Encaminhamento corresponsabilizado para sequência do tratamento.

Em casos de extrema vulnerabilidade, com comportamento alucinatório-delirante muito desorganizado e risco de auto ou heteroagressão, o paciente pode mostrar-se inabordável, recusando terminantemente o tratamento. Nesses casos, justifica-se o recurso a medidas involuntárias, como a contenção química ou mecânica. As medidas involuntárias jamais devem ter caráter punitivo, nem ser tomadas visando à comodidade da equipe. As razões que legitimam a contenção devem ser claramente expostas em seu prontuário.

Os princípios gerais, para o manejo de situação de agitação ou violência, envolvem três níveis distintos de complexidade:

1) controle de fatores ambientais do próprio serviço que podem aumentar o risco de agitação ou violência. O espaço físico deve ser organizado para aumentar a segurança do paciente e da equipe, ajudar o paciente a controlar seus impulsos violentos e evitar a progressão do comportamento violento.

2) antecipação e diagnóstico precoce de risco de agitação e violência, com intervenção rápida que impeça a escalada do comportamento violento. Requer habilidades de comunicação terapêutica.

3) intervenção adequada, no caso de comportamento agitado ou violento já instituído. Caso seja prescrita a intervenção química pelo médico, o enfermeiro deverá ter clareza dos possíveis sinais e sintomas indesejáveis. Se contenção física, apesar de ser uma prática contraditória, deverá ser feita com técnica para evitar traumas.

Os profissionais da Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão conter o paciente sob supervisão direta do enfermeiro e, preferencialmente, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, públicas ou privadas, a que estejam vinculados. Ainda, todo paciente em contenção mecânica deve ser monitorado atentamente pela equipe de Enfermagem, para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-los precocemente. E, por fim, todos os casos de contenção mecânica de pacientes, as razões para o emprego e sua duração, a ocorrência de eventos adversos, assim como os detalhes relativos ao monitoramento clínico devem ser registrados no prontuário do paciente, conforme resolução COFEN 427/2012.

Pela inexistência de legislação específica no Brasil que trate da prescrição de contenção mecânica como ato exclusivamente médico, estando, portanto, como já explicitado acima, o enfermeiro está autorizado a prescrever o procedimento, mediante a aplicação do processo de enfermagem previsto na resolução 358/2009.

Referências

BETEGHELLI, Paula; TOLEDO, Vanessa Pellegrino; CREPSCHI, Jaria Lopes Brandão; DURAN, Érika Christiane Marocco. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL.*Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 03, p. 334 - 343, 2005. Disponível em*http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Lei n.º 10216, de 06 de abril de 2001.Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Lex-Legislação em Saúde Mental 1990-2004, Brasília, 5.ed.amp., p. 17-19, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, Brasil. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM 3.088, de 23 de janeiro de 2011, Republicada em 30/12/11. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

_____. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

BRESSAN VR. Consulta de Enfermagem: sistematização voltada ao Projeto Terapêutico. In: Marcolan JF. Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

CAPLAN, G. Princípios de Psiquiatria Preventiva. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358/2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

_____. Resolução COFEN 427/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes.
CHENIAUX E. Manual de psicopatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
DALGALARRONDO P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 2008.
FELDMAN, C. Encontro: uma abordagem humanista. Belo Horizonte: Crescer, 2006.
FUREGATO, A.R.F. Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem. Ribeirão Preto: Scala, 1999.
OLSCHOWSKY A, LAVALL E, CAMATTA MW. Família e o cuidado em saúde mental. In: Marcolan JF. Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
MIRANDA, C. F. M.; MIRANDA, M. L. *Construindo a relação de ajuda.* 10 Ed. Belo Horizonte, Crescer, 1996.
REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: ideias para hoje e amanhã. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* vol. 4, nº 2, p. 36 – 41, 2002.
ROCHA, RM. O ENFERMEIRO NA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DO CENTRO DE ATENÇAO PSICOSSOCIAL E AS POSSIBILIDADES DE CUIDAR. Texto Contexto Enferm 2005 Jul-Set; 14(3)350-7.
RODRIGUES, A. R. F. *Enfermagem Psiquiátrica: saúde mental* - prevenção e intervenção. São Paulo. EPU, 1996.
STUART GW, LARAIA MT. Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática. 6 ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
TOWNSEND MC. Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

9 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À IMUNIZAÇÃO

Ana Luiza Neto Junqueira[1]
Claci Fátima Weirich Rosso[2]
Clécia de Lourdes Vecci Menezes[3]
Grécia Carolina Pessoni[4]

Introdução

O Programa Nacional de Imunização (PNI) é uma prioridade Nacional de responsabilidade das três esferas gestoras da saúde: federal, estadual e municipal, nas quais o desempenho, a eficiência e eficácia pressupõem uma organização e avaliação técnica das atividades voltadas ao cidadão. Assim, o PNI tem alcançado significativos avanços em termos de coberturas vacinais nas últimas três décadas. A descentralização das ações de imunizações, a parceria e a participação cada vez maior dos gestores municipais em muito têm contribuído para que os municípios brasileiros alcancem alcançando suas metas de vacinação, com a participação efetiva e importante da enfermagem.

O PNI tem como uma das suas competências estabelecer normas básicas para a execução das atividades da vacinação e, baseado nessas normas, este protocolo foi construído, no entanto é possível que, no momento da leitura, alguns aspectos já estejam ultrapassados, pois a área de imunização está em constante evolução. Nesse sentido, é importante lembrar que os calendários de imunização são constantemente atualizados, sendo necessárias as consultas ao calendário do programa Nacional constantemente.

Intervalo entre as vacinas

As vacinas poderão ser aplicadas simultaneamente ou com intervalo aleatório:

- Intervalo de 15 dias -entrevacinas de vírus vivos orais (poliomielite e rotavírus);

Obs.: As vacinas orais contra a poliomielite e contra rotavírus podem ser aplicadas no mesmo dia. Caso não sejam aplicadas no mesmo dia, deve-se esperar 15 dias entre uma e outra.

- Intervalo de 30 dias -entre vacinas de vírus vivos injetáveis: febre amarela, tríplice viral, tetra viral e varicela.

Obs.: As vacinas contra febre amarela e tríplice viral não devem ser aplicadas no mesmo

[1]Enfermeira, doutora, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás
[2]Enfermeira, doutora, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás
[3]Enfermeira , especialista, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
[4]Enfermeira, doutorando na Faculdade de Enfermagem, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia

dia. Todos os intervalos estão descritos nos anexos apresentados (anexo 1,2,3).

Contraindicações gerais à vacinação

- Ocorrência de hipersensibilidade (reação anafilática), após o recebimento de qualquer dose.
- História de hipersensibilidade aos componentes de qualquer um dos produtos.
- Na ocorrência de doenças agudas febris moderadas ou graves, recomenda-se ADIAR a vacinação.

Contraindicações específicas às vacinas de micro-organismos vivos Atenuados

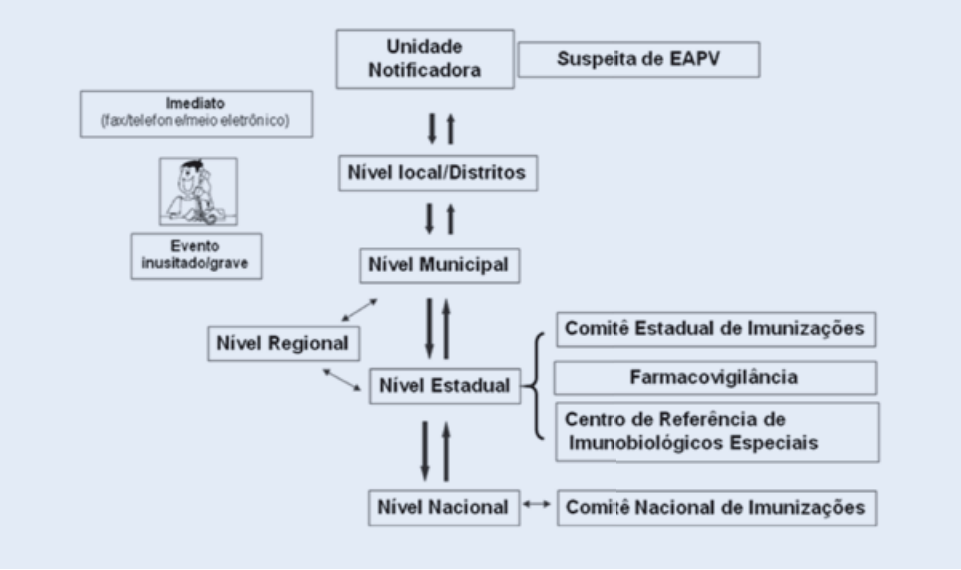
- Imunodeficiência congênita ou adquirida
- Gravidez
- Tratamento com corticoides em dose imunossupressora (equivalente à predinisona na dose de 2 mg/kg/dia, para criança, ou de 20 mg/dia, para adulto, por mais de uma semana)
- Outras terapêuticas imunodepressoras: quimioterapia antineoplásica, radioterapia, etc - 3 meses após a suspensão do tratamento
- *Após uso de imunoglobulina, sangue e derivados, a vacinação deverá ser adiada por, pelo menos, 3 meses devido ao possível prejuízo na resposta imunológica*
- Doadores de sangue: doar sangue somente 30 dias após receber a vacina
- Transplantados de medula óssea: vacina de vírus vivo com intervalo de 12 a 24 meses após o transplante

Falsas contraindicações à vacinação

- Doença aguda leve, com febre baixa
- Uso de antimicrobiano
- Reação local a uma dose prévia
- História pregressa da doença contra a qual se vai vacinar
- Desnutrição (avaliar o estado imunológico)
- Vacinação contra raiva em andamento
- Doença neurológica estável
- Tratamento com corticoides em doses não imunossupressoras
- Alergias (exceto de natureza anafilática a algum componente da vacina)
- Gravidez da mãe ou de outro contato domiciliar
- A aplicação de mais de uma vacina no mesmo dia
- Prematuridade ou baixo peso no nascimento. As vacinas devem ser administradas na idade cronológica recomendada, não se justificando adiar o início da vacinação.

(Excetuam-se o BCG, que deve ser aplicado somente em crianças com >2kg).
Obs.: Criança infectada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) pode receber todas as vacinas previstas no esquema básico de vacinação (verificar estado imunológico).

Notificação e investigação dos eventos adversos pós- vacinal – EAPV

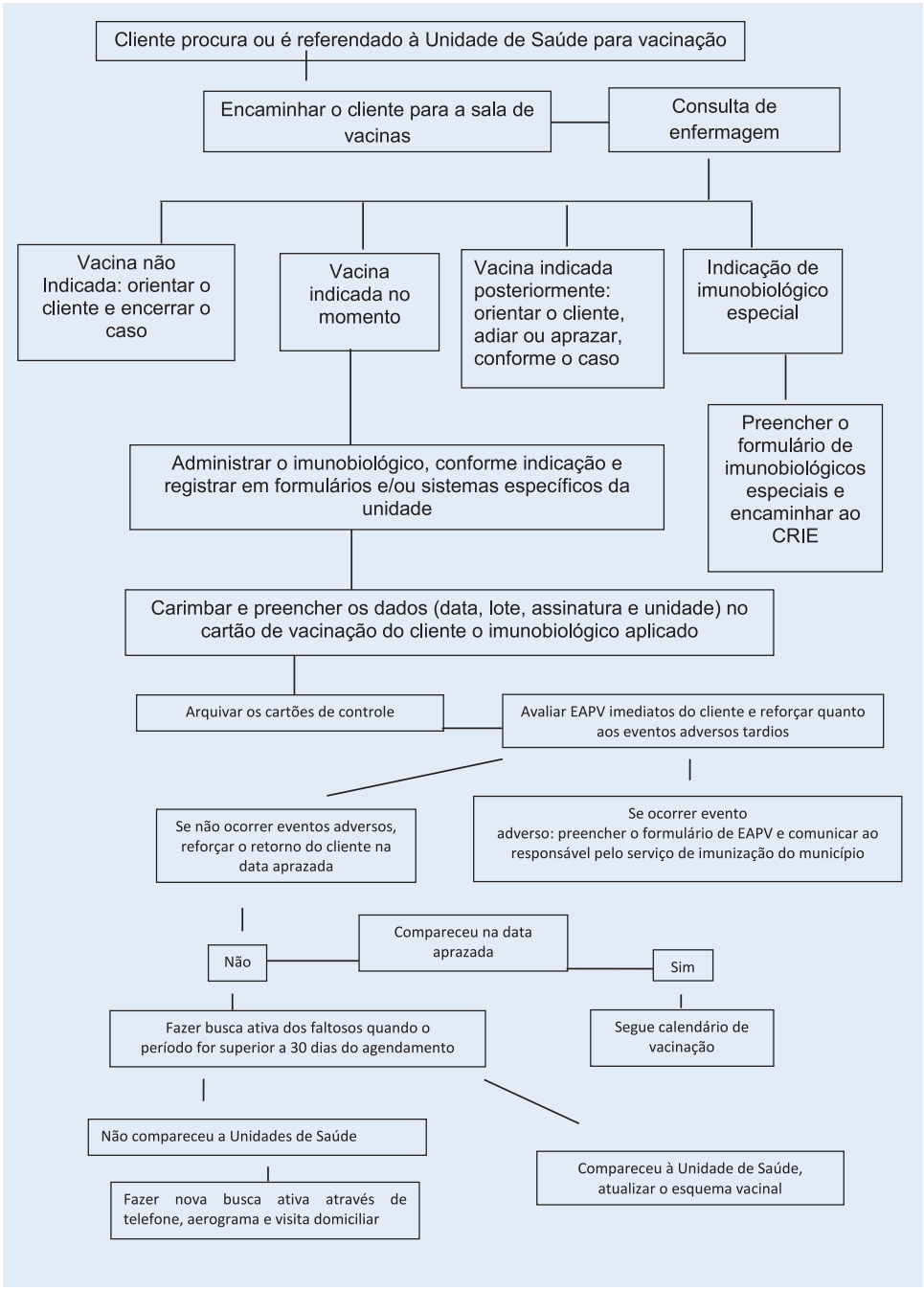


Classificação dos eventos adversos pós-vacinal conforme gravidade

CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS DE EAPV	FREQUÊNCIA
Leve	Não necessita de exame complementar ou atendimento médico	Dor, rubor, calor no local da aplicação da vacina.	Frequente: 40 a 60%
Moderado	Necessita de exame complementar ou atendimento médico, não se incluindo na categoria grave	Abscessos, Febre alta, Urticária, Cefaleia intensa, Mialgia	Pouco Frequente:1 a 10%

Grave	Hospitalização por, pelo menos, 24 horas Resulta em Sequelas Evento que resulte em anomalia congênita Risco de morte Óbito	Eventos neurológicos graves (convulsão, EHH, encefalite, SGB) Choque anafilático Púrpura trombocitopênica Doença Viscerotrópica Óbito	Tetra - convulsão: 1/5.000 doses EHH: 1/1.500 doses FA – Encefalite: 1/22 milhões de doses Dça Viscerotrópica: entre 0,043 e 2,13 para cada 1 milhão de doses aplicadas. VTV – Encefalite: 1/1.000.000 a 2.500.000 Meningite: 1/250.000 a 1.800.000 Púrpura: 1/40.000 Influenza – SGB: 0,3/ 1.000.000

Fluxograma de imunização – Sala de imunização na Atenção Básica


Cliente procura ou é referendado à Unidade de Saúde para vacinação
Encaminhar o cliente para a sala de vacinas
Consulta de enfermagem
Vacina não Indicada: orientar o cliente e encerrar o caso
Vacina indicada no momento
Vacina indicada posteriormente: orientar o cliente, adiar ou aprazar, conforme o caso
Indicação de imunobiológico especial
Preencher o formulário de imunobiológicos especiais e encaminhar ao CRIE
Administrar o imunobiológico, conforme indicação e registrar em formulários e/ou sistemas específicos da unidade
Carimbar e preencher os dados (data, lote, assinatura e unidade) no cartão de vacinação do cliente o imunobiológico aplicado
Arquivar os cartões de controle
Avaliar EAPV imediatos do cliente e reforçar quanto aos eventos adversos tardios
Se não ocorrer eventos adversos, reforçar o retorno do cliente na data aprazada
Se ocorrer evento adverso: preencher o formulário de EAPV e comunicar ao responsável pelo serviço de imunização do município
Compareceu na data aprazada
Não
Sim
Fazer busca ativa dos faltosos quando o período for superior a 30 dias do agendamento
Segue calendário de vacinação
Não compareceu a Unidades de Saúde
Compareceu à Unidade de Saúde, atualizar o esquema vacinal
Fazer nova busca ativa através de telefone, aerograma e visita domiciliar

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013a.

_____ GABINETE DO MINISTRO. PORTARIA Nº 1.498, de 19 de julho de 2013. Redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional. Brasília: Diário Oficial da União, Ministério da Saúde, 2013b.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização. Nota Técnica N.º 33/2013/CGPNI/DEVEP/SVS/MS, de 09 de maio/2013. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Rotavirus	Penta (DTP+Hib+ Hep B)	DTP	VIP/VOP	Pneumo 10	Meningo C	Febre Amarela	Hepatite A	Tríplice Viral	Tetra Viral	Dupla Adulto	HPV	dTpa adulto
Criança	Ao nascer	Dose Única	Dose ao nascer													
	2 meses			1ª dose	1ª dose		1ª dose (com VIP)	1ª dose								
	3 meses								1ª dose							
	4 meses			2ª dose	2ª dose		2ª dose (com VIP)	2ª dose								
	5 meses								2ª dose							
	6 meses				3ª dose		3ª dose (com VOP)	3ª dose								
	9 meses									Uma dose (1)						
	12 meses							Reforço			Dose Única	1ª dose				
	15 meses					1º reforço	Reforço (com VOP)		Reforço				Dose Única			
	4 anos					2º reforço	Reforço (com VOP)									
Adoles-cente	10 a 19 anos		3 doses, a depender da situação vacinal							Dose a cada 10 anos		2 doses		3 doses a depender da situação vacinal	3 doses - (2)	
Adulto	20 a 59 anos		3 doses, a depender da situação vacinal							Dose a cada 10 anos		1 dose (até 49 anos)		3 doses a depender da situação vacinal		
Idoso	60anos ou mais													3 doses a depender da situação vacinal		
Gestante			3 dosa depender da situação vacinal											2 doses a depender da situação vacinal		1 dose a cada gestação (3)

(1) Para residente e viajantes para Áreas com de Recomendação de Vacinação (ACRV).
(2) Para as seguintes faixas etárias: 2014 - 11 a 13 anos de idade; 2015 - 09 a 11 anos de idade e 2016 - a partir de 9 anos.
(3) A vacina dTpa adulto também é oferecida para profissionais de saúde que atuam em maternidade e em unidades de internação neonatal (UTI/UCI convencional e UCI canguru).

10 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Adriana de Oliveira Sousa Matos[1]
Ana Cecília Coelho Melo[2]
Karla Prado de Souza Cruvinel[3]
Letícia Dogakiuchi Silva de Castro[4]
Nádia Carolina Machado[5]
Roberta Ribeiro Rios[6]

Introdução

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) devem ser priorizadas enquanto agravos em saúde pública, pela sua importância, pela necessidade de quebrar a cadeira epidemiológica, pela vulnerabilidade e possibilidade de controle através das ações de prevenção.

A assistência às DST deve ser realizada de forma integrada, pois a Estratégia de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde (UBS) são as maiores responsáveis pelo diagnóstico e tratamento e a busca de parceiros, enquanto os serviços especializados de referência devem exercer o seguimento nas complicações e o atendimento especializado.

Para tanto, são necessárias a disponibilidade de preservativos e insumos utilizados na promoção da saúde e prevenção das doenças, assim como a pactuação para aquisição de medicamentos e insumos laboratoriais.

Deve ser garantido, também, o acesso em nível terciário, nos casos de urgência e internação. O atendimento de pacientes com DST visa interromper a cadeia de transmissão da forma mais efetiva e imediata possível. Visa, ainda, evitar as complicações advindas das DST e a cessação imediata dos sintomas.

Para prevenir novas ocorrências, o aconselhamento favorece a compreensão do tratamento e contribui assim, de forma mais efetiva, para a adoção de práticas sexuais mais seguras. O tratamento deve ser instituído no momento da consulta, preferencialmente com medicação por via oral e em dose única ou com o menor número possível de doses, utilizando os fluxogramas desenvolvidos, testados e já validados pelo Ministério da Saúde.

[1]Enfermeira, especialista, Secretariade Estado da Saúde de Goiás
[2]Enfermeira, especialista, Secretariade Estado da Saúde de Goiás
[3]Enfermeira, mestre, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
[4]Enfermeira, mestre, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
[5]Enfermeira, especialista
[6]Enfermeira, mestre, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia

O objetivo desse atendimento é tentar prover, em uma única consulta de Enfermagem (Lei do Exercício Profissional nº. 7.498/86, de 25 de junho de 1986, e regulamentada pelo Decreto n.º 94.406/87, de 08 de junho de 1987): exames laboratoriais, diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados (Resolução COFEN-195/1997). Seguindo os passos dos fluxogramas, o profissional Enfermeiro, ainda que não capacitado, estará habilitado a determinar um diagnóstico baseado em uma abordagem sindrômica e implementar o tratamento imediato.

Abordagem sindrômica

É uma abordagem baseada em sinais e sintomas que propicia diagnóstico precoce e tratamento imediato por meio de fluxogramas de conduta. Fluxograma de conduta é uma árvore de decisões para orientar o processo de diagnóstico e tratamento a partir de sinais e sintomas (síndromes) e pressupõe: aconselhamento, investigação de outras DST, seguimento dos casos, abordagem de parcerias sexuais, notificação e oferta de exames.

Síndrome do Corrimento Uretral em Homem

Presença de corrimento uretral verificado com o prepúcio retraído ou, após compressão da base do pênis em direção à glande ("ordenha"), associado ou não à bacterioscopia com diplococos Gram-negativos intracelulares ou cultura positiva para *Neisseria gonorrhoea*e e/ou exame ELISA ou imunofluorescência direta reagente ou captura híbrida ou reação de polimerase em cadeia (PCR) positiva para clamídia.

Uretrite gonocócica

Causada pela *Neisseria gonorrhoeae*, a gonorreia é uma das infecções sexualmente transmissível (IST) bacteriana mais frequente. Estima-se que, a cada ano, ocorram mundialmente 106 milhões de novas infecções entre adultos.

Afeta principalmente a área genital, e a principal repercussão é na mulher na qual causa cervicite, frequentemente assintomática que, ao ascender para o trato genital superior feminino, resulta em endometrite e salpingite com consequências, tais como: doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica e infertilidade. Pode também causar infecções oculares graves no recém-nascido. É raro ter acometimento sistêmico.

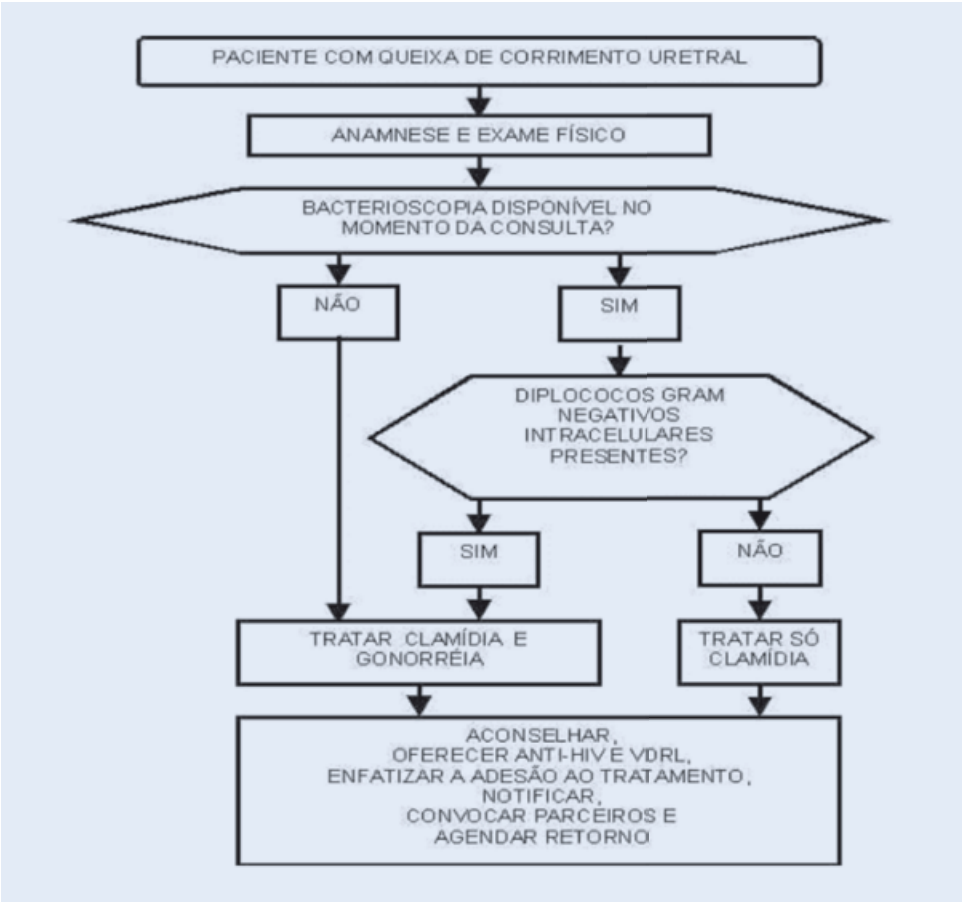
As infecções extragenitais (anorretal e faringe) afetam particularmente populações vulneráveis, tais como homens que tem sexo com homens.

Uretrite não gonocócica

A *C. trachomatis* é o agente mais comum de Uretrite não gonocócisa (UNG). É uma bactéria, obrigatoriamente intracelular, que também causa o tracoma, a conjuntivite por

inclusão no recém-nascido e o linfogranuloma venéreo. A transmissão se faz pelo contato sexual (risco de 20% por ato), sendo o período de incubação, no homem, de 14 a 21 dias. Estima-se que dois terços das parceiras estáveis de homens com UNG hospedem a *C. trachomatis* no endocérvix. Podem reinfectar seu parceiro sexual e desenvolver quadro de Doença Inflamatória Pélvica (DIP) se permanecerem sem tratamento.

Figura 1 - Fluxograma de corrimentos uretrais



O diagnóstico da uretrite é baseado em presença de corrimento uretral purulento ou mucopurulento e, se for realizar exame bacterioscópico do corrimento como coloração de Gram (durante a consulta), deve-se considerar a influência de utilização prévia de antibióticos ou micção imediatamente anterior à coleta do material, o que poderia comprometer sua qualidade (falso-negativo).

Como não se pode descartar a possibilidade de coinfecção pela clamídia, cujo diagnóstico laboratorial exige técnicas raramente disponíveis, recomenda-se, sempre,

o tratamento concomitante para as duas infecções (coinfecção presente em 10-30%).

Se estiverem ausentes os diplococos intracelulares na bacterioscopia, deve-se tratar o paciente apenas para clamídia.

Tratamento

Quadro 1. Tratamento para Síndrome do Corrimento Uretral

Clamídia		Gonorreia
Azitromicina 1 g, VO, em dose única, **ou** **Doxicilina** 100 mg VO de 12/12 horas, durante 7 dias,**ou** **Eritromicina** (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias,**ou** **Tetraciclina** 500mg oral, 4x/dia, 7 dias,**ou** **Ofloxacina** 400mg oral, 2x/dia, 7 dias(contraindicado em menores de 18 anos)	**MAIS**	**Ceftriaxona** 250mg, IM, dose única, **ou** **Ciprofloxacina** 500 mg, VO dose única (contraindicado em menores de 18 anos),**ou** **Cefixima** 400 mg, VO, dose única,**ou** **Ofloxacina** 400 mg, VO, dose única (contraindicado em menores de 18 anos), **ou** **Espectinomicina** 2g IM dose única

Orientações específicas:

- Não ordenhar a uretra durante ou após tratamento.
- Se houver opção por uso de ofloxacina para ambas, lembrar que deve ser usado 400mg por sete dias.
- No retorno (7 a 10 dias), em caso de existência do corrimento ou recidiva, se o tratamento para gonorreia e clamídia do paciente e de seus parceiros foi adequado, deverá ser oferecido tratamento para agentes menos frequentes (micoplasma, ureaplasma, *T. vaginalis*).

Quadro 2. Terapêutica para agentes menos frequentes de corrimentos uretrais

Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas por 7 dias	**MAIS**	**Metronidazol** 2 g,VO,dose única

Estudos comprovam a possibilidade de resistência medicamentosa ou diminuição de sensibilidade no Brasil indicando o tratamento das infecções uretrais com os seguintes medicamentos como primeira opção de escolha:

Ceftriaxona, 250 mg IM, dose única + Azitromicina 1g VO dose única, ou
Cefixima 800 mg, via oral, dose única + Azitromicina 1g VO dose única

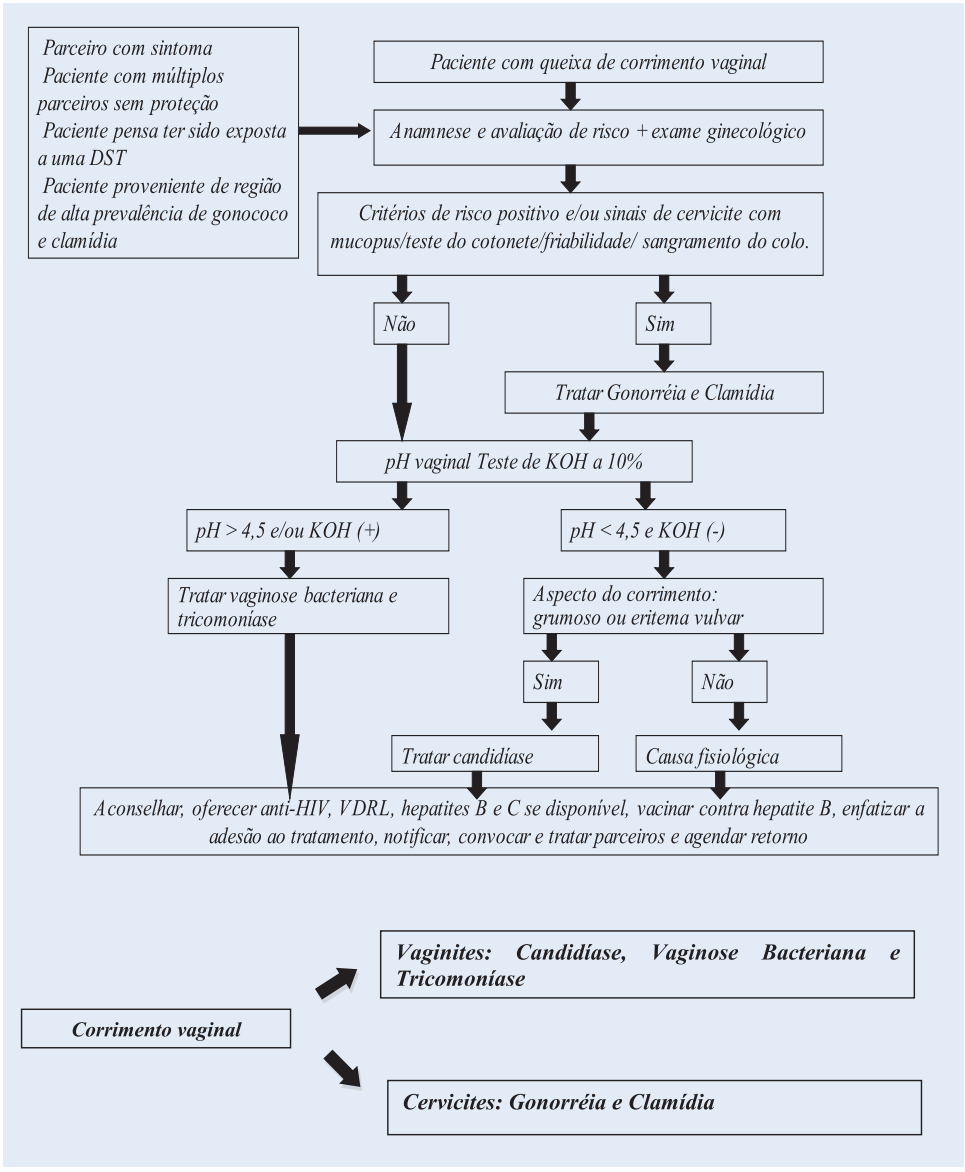
Ações essenciais complementares a todos os casos de DST

Incluem as seguintes medidas gerais:

- Aconselhar e oferecer testes anti-HIV, VDRL, hepatite B e C.
- Vacinar contra hepatite B, se a idade for < 49 anos (restrito por disponibilidade da vacina).
- Enfatizar a adesão ao tratamento.
- Orientar para que a pessoa conclua o tratamento, mesmo que os sintomas ou sinais tiverem desaparecidos.
- Evitarrelações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas.
- Oferecer preservativos, orientando o uso do mesmo do início ao fim da relação sexual, durante e após o tratamento.
- Encorajar o paciente a comunicar a todos os seus parceiros(as) sexuais dos últimos meses para que possam ser atendidos e tratados.
- Notificar o caso no formulário apropriado.
- Agendar o retorno para acompanhamento da evolução do caso.

Corrimentos vaginais

Figura 2 - Fluxograma de corrimento vaginal sem microscopia (BRASIL, 2006).


Parceiro com sintoma
Paciente com múltiplos parceiros sem proteção
Paciente pensa ter sido exposta a uma DST
Paciente proveniente de região de alta prevalência de gonococo e clamídia
Paciente com queixa de corrimento vaginal
Anamnese e avaliação de risco + exame ginecológico
Critérios de risco positivo e/ou sinais de cervicite com mucopus/teste do cotonete/friabilidade/ sangramento do colo.
Não
Sim
Tratar Gonorréia e Clamídia
pH vaginal Teste de KOH a 10%
pH > 4,5 e/ou KOH (+)
pH < 4,5 e KOH (-)
Tratar vaginose bacteriana e tricomoníase
Aspecto do corrimento: grumoso ou eritema vulvar
Sim
Não
Tratar candidíase
Causa fisiológica
Aconselhar, oferecer anti-HIV, VDRL, hepatites B e C se disponível, vacinar contra hepatite B, enfatizar a adesão ao tratamento, notificar, convocar e tratar parceiros e agendar retorno
Corrimento vaginal
Vaginites: Candidíase, Vaginose Bacteriana e Tricomoníase
Cervicites: Gonorréia e Clamídia

Critérios de risco para infecção cervical (WHO. RTI 2005, modificado apud BRASIL, 2006):

- Parceiro com sintomas
- Paciente com múltiplos parceiros, sem proteção
- Paciente acredita ter-se exposto a DST
- Paciente proveniente de áreas de alta prevalência de gonococo e clamídia

Realizar anamnese incluindo os critérios de risco para identificação das mulheres com maior possibilidade de infecção cervical por gonococo e/ou clamídia. A presença de qualquer critério é suficiente para indicar tratamento. Nesses casos, mesmo na ausência dos sinais clínicos para cervicite ao exame ginecológico, a paciente será considerada como portadora assintomática (pode acontecer com cerca de 80% das mulheres) e deve receber o tratamento.

Se houver mucopus endocervical (teste do cotonete positivo) ou colo friável ou dor à mobilização do colo ou presença de algum critério de risco, recomenda-se o tratamento como cervicite (gonorreia e clamídia).

Gonorreia

Agente: *Neisseria gonorrhoeae* (gonococo); Período de Incubação: 2 a 7dias. Quadro clínico: Cervicite mucopurulenta (inflamação da mucosa endocervical, presença de mucopus pelo orifício externo do colo).O colo uterino pode ficar edemaciado, sangrando facilmente ao toque da espátula.

- Infecção assintomática em 70-80% das mulheres;
- Sintomas genitais leves, como corrimento vaginal, dispareunia ou disúria, podem ocorrer na presença de cervicite mucopurulenta.

Clamídia

Agente: *Chlamidia trachomatis* (bactéria); Período de incubação de 7 a 21 dias. Quadro clínico: secreção endocervical mucopurulenta (mesmo da gonorreia) friabilidade, edema e área de ectopia do colo. Pode também apresentar ardor uretral ou vaginal.

A maioria das mulheres é assintomática; não se pode descartar a possibilidade de coinfecção pela clamídia, dessa forma recomenda-se sempre, o tratamento concomitante para as duas infecções (coinfecção presente em 10-30%).

Quadro 3. Opções terapêuticas para cervicite

AGENTE	1ª opção	2ª opção	Outras situações
CLAMÍDIA	**Azitromicina** 1 g, VO, em dose única, **ou** **Doxicilina** 100 mg, VO de 12/12 horas, durante 7 dias.	**Eritromicina** (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias **ou** **Tetraciclina** 500mg oral, 4x/dia, 7 dias **ou** **Ofloxacina** 400mg oral, 2x/dia, 7 dias,	Em menores de 18 anos e gestantes, contraindicar ofloxacina. Indicar azitromicina, eritromicina ou amoxacilina (500 mg, VO de 8/8 horas, por 7 dias).
MAIS			
GONORREIA	**Ciprofloxacina** 500 mg, VO dose única, **ou** **Ceftriaxona** 250mg, IM, dose única	**Cefixima** 400 mg, VO, dose única,**ou** **Ofloxacina** 400 mg, VO, dose única**ou** **Espectinomicina** 2g IM dose única	Em menores de 18 anos e gestantes, está contraindicado o uso de ciprofloxacina, ofloxacina

Parceiros sexuais: devem ser tratados, preferencialmente, com medicamentos de dose única.

Citologia oncológica: deve ser colhido, se houver indicação, conforme padronizado pelo Programa de Controle de Câncer do Ministério da Saúde.

Vaginose bacteriana

Agente: Cocobacilo aeróbico Gram-negativo; Acontece pelo desequilíbrio da microbiota vaginal devido à ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos da microbiota vaginal. Quadro clínico:Corrimento amarelo/acinzentado, fluido com odor fétido. Odor acentuado, após ato sexual e menstruação, devido ao pH básico do esperma e sangue, há exalação de cheiro de "peixe podre", devido à liberação das aminas putrescina e cadaverina.

No exame de microscopia, observa-se a presença de células com parasita "*Clue cels*".

Na vaginose bacteriana, os parceiros não precisam ser tratados.

Candidíase vulvovaginal

Agente principal: *Candida albicans*; Infecção da vulva e vagina, causada por um fungo comensal que habita a mucosa vaginal e digestiva e cresce quando o meio torna-se favorável para o seu desenvolvimento.Quadro clínico: corrimento vaginal esbranquiçado e grumoso, prurido, ardor, dispareunia, edema, hiperemia da vulva e vagina, maceração e fissuras.

No exame de microscopia, observa-se a presença de células com hifas.

Os parceiros sexuais de portadores de candidíase não precisam ser tratados, exceto os sintomáticos.

Quadro 4. Opções terapêuticas para corrimento vaginal

AGENTE	1ª OPÇÃO	2ª OPÇÃO	OUTRAS OPÇÕES (GESTANTES APÓS O 1º TRIMESTRE E DURANTE A AMAMENTAÇÃO)
Tricomoníase	Metronidazol 2g VO dose única **ou** Metronidazol 400- 500mg 12/12 horas VO 7 dias	Secnidazol 2g, VO, dose única **ou** Tinidazol 2g VO dose única	Metronidazol 2 g VO dose única **ou** Metronidazol 400mg 12/12 horas VO 7 dias **ou** 250 mg VO 3 vezes ao dia por 7 dias
Vaginose bacteriana	Metronidazol 400- 500mg 12/12 horas VO 7 dias	Metronidazol 2 g VO dose única **ou** Metronidazol gel 0,75%, uma aplicação vaginal (5 g), 2 vezes ao dia, por 5 dias**ou** Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias**ou** Clindamicina creme 2%, uma aplicação à noite, por 7 dias	Metronidazol 250 mg 3 vezes ao dia durante 7 dias **ou** Metronidazol 400mg 12/12hs VO 7 dias **ou** Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias

Candidíase	Miconazol, creme a 2%, via vaginal, uma aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias, **ou** Clotrimazol, creme vaginal a 1%, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, durante 6 a 12 dias, **ou** Clotrimazol, óvulos de 100 mg, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias,**ou** Tioconazol creme a 6,5% ou óvulos de 300mg, uma aplicação única, via vaginal ao deitar-se,**ou** Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias.	Fluconazol- 150 mg VO em dose única **ou** Itraconazol 200mg VO 12/12 horas em 1 dia **ou** Cetoconazol 400mg VO/dia por 5 dias	Miconazol, creme a 2%, via vaginal, uma aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias, **ou** Clotrimazol, creme vaginal a 1%, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, durante 6 a 12 dias, **ou** Clotrimazol, óvulos de 100 mg, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitarse, por 7 dias; **ou** Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias

Investigar fatores que predispõe ao aparecimento da infecção: diabetes mellitus, gravidez, uso de contraceptivos orais, uso de antibióticos, obesidade, doenças imunosupressoras. Orientação do tratamento sistêmico para candidíase nos casos de difícil controle ou recorrentes (4 ou mais episódios/ano).

Tricomoníase

Agente: *Trichomonas vaginalis* (protozoário flagelado); Incubação: 2 a 8 dias; O risco de transmissão por ato sexual é de 60 a 80% (BOWDEN; GARNETT, 2000 apud BRASIL, 2006).Quadro clínico:Leucorreia abundante amarela e ou esverdeada e bolhosa;Disúria/ Polaciúria;Hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas no colo uterino (colpite difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa);Dispareunia.

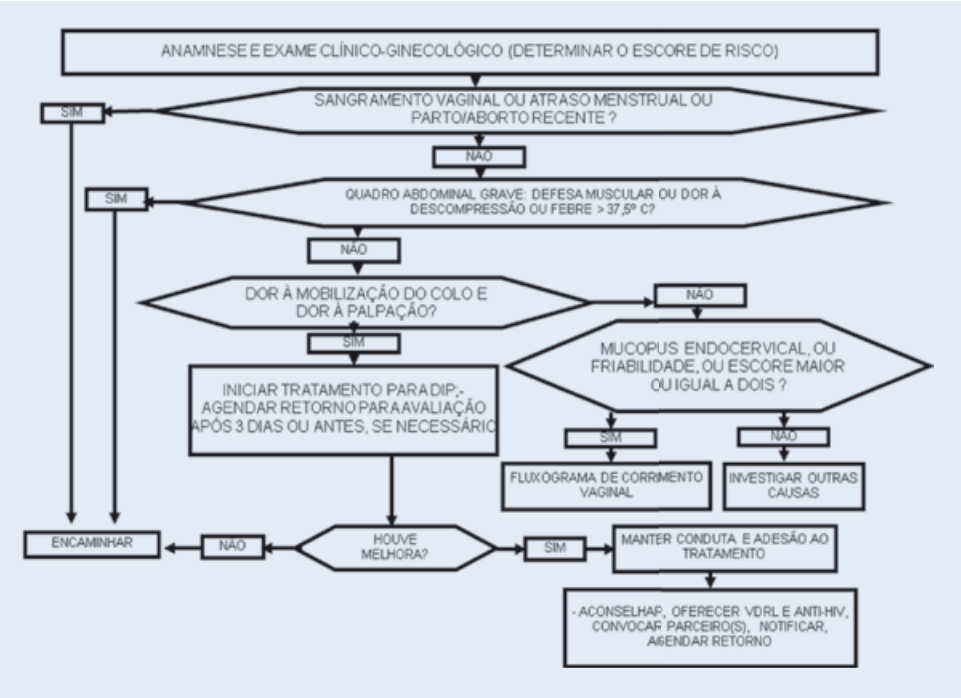
No exame de microscopia observa-se a presença do protozoário Tricomonas.

Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

É uma síndrome clínica atribuída à ascensão de micro-organismos do trato genital inferior, espontânea ou devida à manipulação (inserção de DIU, biópsia de endométrio, curetagem etc.), comprometendo o endométrio (endometrite), trompas, anexos uterinos e/ou estruturas contíguas (salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelviperitonite).

A DIP é um processo agudo, salvo nos casos em que é provocada por micro-organismos, como os causadores da tuberculose, actinomicose e outros. Os agentes mais comuns são a *Neisseria gonorrhoeae* e a *Chlamydia trachomatis*, seguindo-se o *Micoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Streptococus β* Hemolítico grupo A, anaeróbios (em especial o *Bacterioides fragilis*) e outros aeróbios. São infecções frequentemente polimicrobianas, com envolvimento de bactérias anaeróbias e facultativas, sendo 90% originárias de agentes sexualmente transmissíveis.

Figura 3. Fluxograma de atendimento à mulher com DIP


ANAMNESE E EXAME CLÍNICO-GINECOLÓGICO (DETERMINAR O ESCORE DE RISCO)
SANGRAMENTO VAGINAL OU ATRASO MENSTRUAL OU PARTO/ABORTO RECENTE ?
SIM
NÃO
QUADRO ABDOMINAL GRAVE: DEFESA MUSCULAR OU DOR À DESCOMPRESSÃO OU FEBRE > 37,5º C?
SIM
NÃO
DOR À MOBILIZAÇÃO DO COLO E DOR À PALPAÇÃO?
NÃO
SIM
MUCOPUS ENDOCERVICAL, OU FRIABILIDADE, OU ESCORE MAIOR OU IGUAL A DOIS ?
INICIAR TRATAMENTO PARA DIP;- AGENDAR RETORNO PARA AVALIAÇÃO APÓS 3 DIAS OU ANTES, SE NECESSÁRIO
SIM
NÃO
FLUXOGRAMA DE CORRIMENTO VAGINAL
INVESTIGAR OUTRAS CAUSAS
ENCAMINHAR
NÃO
HOUVE MELHORA?
SIM
MANTER CONDUTA E ADESÃO AO TRATAMENTO
- ACONSELHAR, OFERECER VDRL E ANTI-HIV, CONVOCAR PARCEIRO(S), NOTIFICAR, AGENDAR RETORNO

O exame ginecológico deve seguir os mesmos passos já descritos no fluxograma de corrimento vaginal. Se houver corrimento, medir pH e testes das aminas e, havendo possibilidade de apoio laboratorial, coletar material para realização de bacterioscopia. Em seguida, limpar o colo uterino e observar se existe *mucopus* endocervical (teste do cotonete) ou friabilidade do colo. Após exame da vulva, vagina, colo uterino e conteúdo vaginal, realizar o exame pélvico bimanual. Ao toque vaginal, pesquisar hipersensibilidade do fundo de saco, dor à mobilização do colo ou anexos e a presença de massas ou coleções.

Pacientes com atraso menstrual, parto ou aborto recente, com perda de sangue pela vagina podem vir a desenvolver um quadro grave e, portanto, devem ser encaminhadas imediatamente para um serviço de referência. Ao exame, verificar se existe abertura do orifício cervical e/ou fragmentos fetais residuais.

Quadro abdominal grave: se a paciente apresenta defesa muscular ou dor, de intensidade forte ou moderada, à descompressão brusca, durante o exame abdominal, ou apresentar hipertermia maior ou igual a 37,5ºC, deverá ser encaminhada para serviço de referência, a fim de possibilitar o seu diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

Quando no exame clínico-ginecológico, houver presença de discreta defesa muscular ou dor à descompressão e/ou dor à mobilização do colo, deve-se iniciar o

tratamento para DIP. Havendo condições para realizar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento da paciente em nível ambulatorial, esse poderá ser realizado.

Outras possíveis causas da dor ou desconforto pélvicos devem ser investigadas: infecções do trato urinário, endometriose, varizes pélvicas, aderências pélvicas, tumores pélvicos, alterações gastro-intestinais (verminoses, constipação intestinal, doenças da vesícula). Nesses casos, encaminhar, se necessário, ao especialista.

Ao iniciar o tratamento para DIP no ambulatório, deve-se recomendar à paciente o retorno para avaliação após 3 dias, ou antes, se não houver melhora ou, se houver piora do quadro. Se a paciente for usuária de DIU, esse deve ser retirado. Não havendo melhora do quadro, a paciente deverá ser encaminhada para tratamento hospitalar com antibiótico endovenoso.

Incluir as ações complementares: aconselhar, oferecer VDRL, sorologia hepatite B e C anti-HIV, convocar parceiro(as), notificar, agendar retorno nos cartões de convocação para parceiros devidamente preenchidos. Essa medida é fundamental para romper a cadeia de transmissão e evitar que a paciente se reinfecte. Não havendo suspeita de DIP e, afastada a possibilidade de cervicite, essa recomendação não se aplica.

A dor pélvica é classicamente dividida em aguda e crônica. A aguda tem início súbito e geralmente é intensa o suficiente para que a paciente procure cuidados imediatos.

A dor pélvica é dita crônica quando tem, pelo menos, seis meses de duração e requer uma propedêutica cuidadosa. De acordo com a etiologia, pode ser dividida em dois grandes grupos:

Causas ginecológicas

- aborto
- gravidez ectópica
- rotura ou torção de cisto de ovário
- sangramento de corpo lúteo
- dor do meio do ciclo menstrual (irritação peritoneal causada por discreto sangramento na cavidade quando ocorre a ovulação)
- degeneração de miomas
- doença inflamatória pélvica (DIP)

Causas nãoginecológicas

- apendicite
- diverticulite
- linfadenite mesentérica
- obstrução intestinal
- infecção urinária

- litíase urinária
- outras alterações intestinais (verminoses, constipação intestinal)

A decisão de tratar a paciente ou referi-la para unidade de maior complexidade, deve ser baseada na gravidade do quadro (seguir fluxograma) e das condições locais de trabalho para avaliação, diagnóstico, tratamento e seguimento da paciente. Colher, sempre que possível e, após orientação e aconselhamento, sorologia para sífilis, hepatite B, C e HIV. Tratar todos os parceiros com Azitromicina 1 g, VO, dose única mais Ciprofloxacina a 500 mg, VO, dose única.

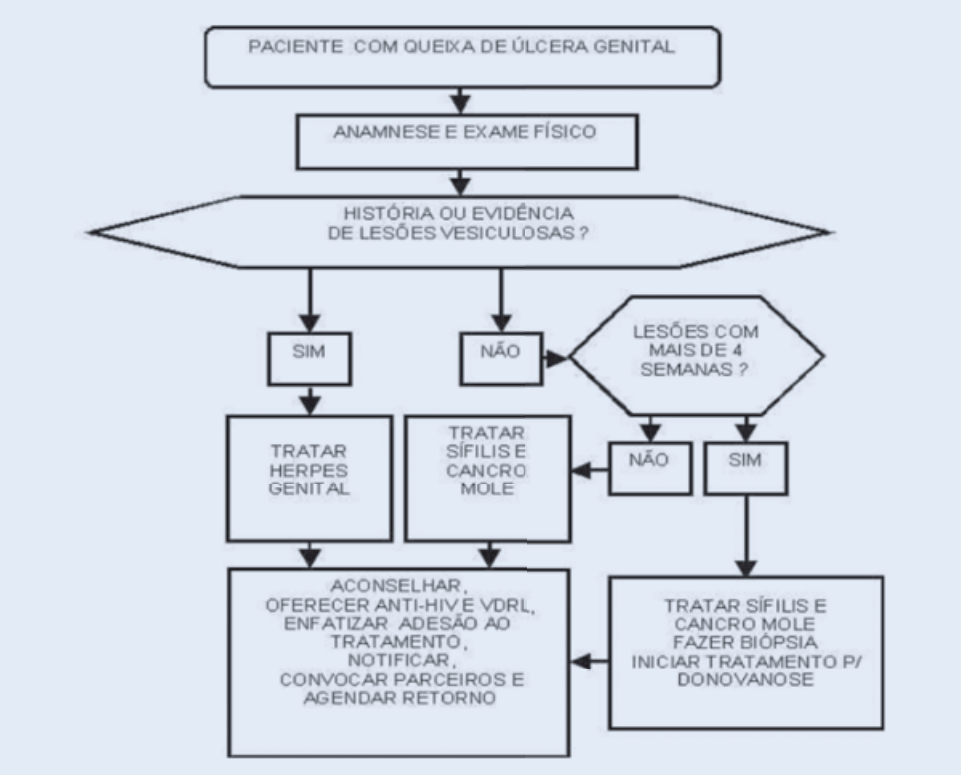
Quadro 5. Opções terapêuticas para DIP leve, sem sinais de peritonismo ou febre (tratamento ambulatorial)

Esquema 1	**Ceftriaxona** 250 mg, IM, dose única		**Doxiciclina** 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias		**Metronidazol** 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias
Esquema 2	**Ofloxacina** 400 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias **Ou** **Ciprofloxacina** 500 mg 12/12horas por 14 dias.	+	**Doxiciclina** 100 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias	+	**Metronidazol** 500 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias

Síndrome da Úlcera Genital (exluído Herpes Genital)

Presença de lesão anogenital ulcerada, de origem não traumática, excluída a evidência clínica ou antecedente de pequenas lesões vesiculosas, em homem ou mulher, associada ou não à bacterioscopia pelo Gram (com presença de bacilos Gram-negativos sugestivos de *H. ducreyi*) e/ou *Treponema pallidum* "em campo escuro" positiva ou sorologia reagente para sífilis.

Figura 4. Fluxograma de úlceras genitais


PACIENTE COM QUEIXA DE ÚLCERA GENITAL
ANAMNESE E EXAME FÍSICO
HISTÓRIA OU EVIDÊNCIA DE LESÕES VESICULOSAS ?
SIM
NÃO
LESÕES COM MAIS DE 4 SEMANAS ?
NÃO
SIM
TRATAR HERPES GENITAL
TRATAR SÍFILIS E CANCRO MOLE
ACONSELHAR, OFERECER ANTI-HIV E VDRL, ENFATIZAR ADESÃO AO TRATAMENTO, NOTIFICAR, CONVOCAR PARCEIROS E AGENDAR RETORNO
TRATAR SÍFILIS E CANCRO MOLE FAZER BIÓPSIA INICIAR TRATAMENTO P/ DONOVANOSE

* Em casos de herpes, tratar sífilis se VDRL ou RPR forem reagentes, o que será visto no retorno.

Se o quadro não é sugestivo de herpes, tratar sífilis e cancro mole.

Tratamento de Herpes Genital

- **Aciclovir** 200 mg, 4/4 horas, 5x/dia, por 7 dias **ou** 400 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias, **ou**
- **Valaciclovir** 1 g, VO, 12/12, horas por 7 dias,**ou**
- **Famciclovir** 250 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias.

Nas recorrências de herpes genital, o tratamento deve ser iniciado de preferência ao aparecimento dos primeiros pródromos (aumento de sensibilidade, ardor, dor, prurido) com:

- **Aciclovir** 400 mg, VO, 8/8 horas, por 5 dias (ou 200 mg, 4/4 horas, 5x/dia, 5 dias),**ou**
- **Valaciclovir** 500 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias, ou 1 g dose única diária, 5 dias,**ou**
- **Famciclovir** 125 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias.

Casos recidivantes (6 ou mais episódios/ano) podem se beneficiar com terapia

supressiva, devendo ser encaminhados para avaliação médica.
Gestantes: tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação.
Herpes e HIV: No caso de manifestações severas com lesões mais extensas, pensar na presença de infecção pelo HIV, quando se recomenda tratamento injetável.
Na ausência de lesões vesiculosas, recomenda-se o tratamento presuntivo para as duas causas mais frequentes de úlcera genital, a sífilis primária e o cancro mole:

Quadro 6. Opções terapêuticas para úlceras genitais (exceto herpes)

SÍFILIS		CANCRO MOLE
Penicilina G Benzatina, 2.4 milhões UI, via IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega), **ou** **Doxiciclina** 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias **ou** até a cura clínica (contraindicado para gestantes e nutrizes), **ou** **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, 6/6 horas por 15 dias para os pacientes comprovadamente alérgicos à penicilina. Ver capítulo específico sobre alergia à penicilina no Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST (MS, 2006).	**Mais**	**Azitromicina** 1g VO em dose única,**ou** **Ceftriaxona** 250 mg, IM, dose única,**ou** **Ciprofloxacina** 500mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contraindicado para gestantes, nutrizes e menores de 18 anos),**ou** **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias.

Se a lesão ou lesões tiverem mais de quatro semanas, deve-se suspeitar de donovanose, linfogranuloma venéreo ou neoplasias. Encaminhar o paciente ou, se houver condições, realizar biópsia para investigar. Ao mesmo tempo, iniciar tratamento para donovanose, com:

- **Doxiciclina** 100 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até cura clínica, ou
- **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica, ou
- **Sulfametoxazol/Trimetoprim** (800 mg e 160 mg), VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cura clínica, ou
- **Tetraciclina** 500 mg, de 6/6 horas, durante 3 semanas ou até cura clínica, ou
- **Azitromicina** 1 g VO em dose única, seguido por 500mg VO/dia, por 3 semanas ou até cicatrizar as lesões.

Alertar o paciente para a longa duração do tratamento para donovanose e solicitar retornos semanais para avaliação da evolução clínica. Não havendo melhora do quadro e de posse do diagnóstico histopatológico, encaminhar o paciente para o tratamento adequado.

Linfogranuloma venéreo

É uma doença infecciosa de transmissão exclusivamente sexual, caracterizada pela presença de bubão inguinal, com período de incubação entre três e 30 dias. O agente causal é a *Chlamydia trachomatis* - sorotipos L1, L2 e L3.

O diagnóstico de linfogranuloma venéreo (LGV) deve ser considerado em todos os casos de adenite inguinal, elefantíase genital, estenose uretral ou retal. Raramente vai entrar no diagnóstico de doenças ulceradas agudas, a menos que esteja em sua fase inicial. Na maioria dos casos, o diagnóstico é feito em bases clínicas, não sendo rotineira a comprovação laboratorial.

Tratamento

- **Doxiciclina** 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 21 dias,**ou**
- **Eritromicina** (estearato) 500mg, VO, de 6/6 horas, por 21 dias,**ou**
- **Sulfametoxazol / Trimetoprim** (160 mg e 800 mg), VO, de 12/12 horas, por 21 dias**.**

Parceiros

Os parceiros sexuais devem ser examinados e tratados, se teve contato sexual com o paciente nos 30 dias anteriores ao início dos sintomas.

Observações

- A antibioticoterapia não apresenta um efeito dramático na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são, frequentemente, erradicados de modo rápido.
- Os antibióticos não revertem as sequelas, como estenose retal ou elefantíase genital.
- Se não houver resposta clínica após três semanas de tratamento, deve ser reiniciado o tratamento com outro medicamento.
- Aqueles bubões que se tornarem flutuantes deverão ser encaminhados para avaliação médica e não devem ser incisados cirurgicamente.

Sífilis

A relevância em priorizar a sífilis, neste protocolo, está diretamente relacionado à alta incidência de sífilis congênita em nosso país (3,3 casos /1.000 nascidos vivos).

A sífilis congênita é um agravo 100% evitável, desde que a gestante seja identificada e as medidas recomendadas sejam tomadas. O Brasil é signatário junto à OPAS/OMS da Iniciativa Regional para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e Sífilis na América Latina e Caribe, assumindo o compromisso para a eliminação da

sífilis congênita até o ano 2015, com meta de redução da incidência para menos de 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos.

Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 25% das gestantes infectadas apresentam como desfecho morte fetal ou aborto espontâneo e outros 25%, recém-nascido com baixo peso ao nascer ou infecção grave.

No Brasil, estudos de soroprevalência de HIV e sífilis, realizados em parturientes nos anos de 2004 e 2010 apresentaram uma taxa de prevalência de sífilis em 13 gestantes de 1,6% e 0,85%, respectivamente. Considerando o último estudo, são estimadas aproximadamente 25 mil gestantes infectadas com sífilis por ano no Brasil.

Descrição

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, causada pelo Treponema pallidum. A doença não tratada progride ao longo de muitos anos, sendo classificada em sífilis primária, secundária, latente recente, latente tardia e terciária.

Modo de transmissão

Pode ser sexual, vertical ou sanguíneo. A transmissão sexual é a predominante. Os sítios de inoculação do T. pallidum são, em geral, os órgãos genitais, podendo ocorrer também manifestações extragenitais (lábios, língua e áreas da pele com solução de continuidade). A transmissão vertical pode ocorrer durante toda gestação, resultando, muitas vezes, em graves danos para o feto ou para a criança.

Período de transmissibilidade

A transmissibilidade da sífilis adquirida requer a presença de lesões (cancro duro, condiloma plano, placas mucosas, lesões úmidas e canal de parto), sendo em torno de 100%. Em gestantes, a sífilis pode ser transmitida para o concepto (transmissão vertical) por via transplacentária, em qualquer fase da gestação: média de 100% na fase primária, 90% na fase secundária e 30% na fase latente.

Suscetibilidade, vulnerabilidade e imunidade

A suscetibilidade à doença é universal e os anticorpos produzidos em infecções anteriores não são protetores. O indivíduo pode adquirir sífilis sempre que se expuser ao Treponema pallidum.

Manifestações clínicas

- **Sífilis primária**: caracteriza-se por apresentar no local de inoculação uma mácula ou pápula vermelha escura que progride rapidamente para uma ulceração denominada cancro duro. Esse aumenta em tamanho (0,5 a 2,0cm) em uma a duas semanas até a típica lesão ulcerada, indolor, com bordos endurecidos, bem delimitados e fundo liso e brilhante. O cancro duro geralmente é único, podendo ocorrer lesões múltiplas que diferem na aparência clínica. Ele permanece de três a oito semanas e desaparece com ou sem tratamento. Nas mulheres, a fase primária é de difícil diagnóstico clínico,

devido ao cancro duro não causar sintomas e sua localização ser geralmente em parede vaginal, cérvix ou períneo.

- **Sífilis secundária**: marcada pela disseminação dos treponemas pelo organismo. Suas manifestações ocorrem de seis a oito semanas, após o aparecimento do cancro duro. As lesões são constituídas por pápulas palmo-plantares, placas mucosas, poliadenopatia generalizada, alopecia em clareira, madarose e condilomas planos. As lesões dessa fase desaparecem independentemente de tratamento e, aproximadamente, 25% dos pacientes podem apresentar recrudescimento.
- **Sífilis latente**: tem fase de duração variável em que não se observam sinais e sintomas clínicos, sendo o diagnóstico realizado exclusivamente por meio de testes sorológicos. É dividida em latente recente (até um ano de infecção) e latente tardia (mais de um ano de infecção).
- **Sífilis terciária**: Os sinais e sintomas surgem em um período variável após 3 a 12 anos, ou mais, do contágio. As lesões são pobres em treponemas e podem surgir em diversos órgãos e tecidos. Entre as manifestações mais comuns estão lesões cutâneo-mucosas, que se apresentam como tubérculos ou gomas; apresentações neurológicas tais como o *tabes dorsalis* e demência; doença cardiovascular sob a forma de aneurisma aórtico; manifestações ósseas e articulares, como periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites, nódulos justa-articulares, artropatia de Charcot.

O diagnóstico laboratorial se faz por técnicas variadas, também dependentes da fase da infecção. A pesquisa direta só se aplica a lesões das fases primária e secundária. Exige colher a linfa em lâmina, adicionar algumas gotas de soro fisiológico e observar por microscopia, em campo escuro, o movimento dos treponemas. Indicada para material de lesão ulcerada suspeita, podendo, também, ser positiva para material do condiloma plano e das placas mucosas da fase secundária.

Os testes sorológicos não treponêmicos como VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) e RPR (*Rapid Plasm Reagin*) são testes quantitativos, importantes para o diagnóstico e seguimento pós-terapêutico. Devem ser solicitados sempre que se suspeitar de sífilis em qualquer de suas fases, para todos os pacientes portadores de DST e na rotina do pré-natal. Tendem se tornar reativos, a partir da segunda semana após o aparecimento do cancro (sífilis primária), estão mais elevados na fase secundária da doença. Os títulos sofrem redução natural no primeiro ano de evolução. Instituído o tratamento correto, tende negativar-se em 6-12 meses, podendo, no entanto, permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo ou até por toda a vida; é o que se denomina "memória" ou "cicatriz" sorológica. Títulos baixos podem também representar reação falsopositiva (hanseníase, malária, mononucleose, leptospirose, lúpus eritematoso sistêmico), sífilis muito recente (em ascensão) ou até muito antiga, tratada ou não.

As sorologias treponêmicas incluem a imunofluorescência com o FTAAbs *(Fluorescent Treponema Antibody Absorvent Test),* o MH-TP (Microhemaglutinação para *Treponema pallidum*) ou TPHA, Elisa (teste imunoenzimático) e, atualmente, os testes rápidos. São testes específicos e qualitativos, importantes para a confirmação da infecção.

No indivíduo infectado pelo Treponema pallidum, os testes treponêmicos permanecem reagentes indefinidamente, mesmo nos indivíduos tratados. Os não treponêmicos tendem à negativação após o tratamento e, por isso, são utilizados no seguimento. Individuo com títulos baixos sem registro de tratamento devem ser tratados.

Tratamento

O tratamento da Sífilis é dependente da fase da infecção. Os exames não treponêmicos são importantes para acompanhar a evolução da cura.

Quadro 7. Tratamento da Sífilis

Estadiamento	Penicilina G Benzatina	Dose/ intervalo	Controle/ VDRL
Sífilis primária	2.400.000 UI	1 dose	Mensal: gestantes Trimestral: não gestantes
Sífilis Secundária ou latente precoce	2.400.000 UI (4.800.000 UI)	2 doses 1 semana	Mensal: gestantes Trimestral: não gestantes
Sífilis terciária, latente tardia ou de duração ignorada	2.400.000 UI (7.200.000 UI)	3 doses 1 semana	Mensal: gestantes Trimestral: não gestantes

Elevação do **VDRL** em **4X** ou + (1:2 – 1:8) → novo tratamento

As gestantes tratadas requerem seguimento sorológico quantitativo (VDRL) mensal durante a gestação, que poderá ser feito pelo Enfermeiro, devendo ser novamente tratadas, se não houver resposta ou, se houver aumento de, pelo menos, duas diluições na titulação.

As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser dessensibilizadas. Na impossibilidade, deve ser administrada a eritromicina na forma deestearato. Ao utilizar-se essa última, não se deve considerar o feto tratado.

Papilomavírus Humano

O HPV é um vírus que apresenta mais de 150 genótipos diferentes, sendo 12 deles considerados oncogênicos pela Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer (IARC) e associados a neoplasias malignas do trato genital, enquanto os demais subtipos virais estão relacionados a verrugas genitais e cutâneas.

Os tipos virais oncogênicos mais comuns são HPV 16 e 18, responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero, enquanto os HPV 6 e 11 estão associados a até 90% das lesões verrucosas anogenitais. Outros tipos de câncer que podem estar associados ao HPV são de vagina, vulva, pênis, ânus e orofaringe.

A maioria das infecções é assintomática ou inaparente. Outras apresentam-se sob a forma de lesões exofíticas, os chamados condilomas acuminados, verrugas genitais ou cristas de galo. Pode também assumir uma forma subclínica, visível apenas sob técnicas de magnificação (lentes) e, após aplicação de reagentes, como o ácido acético. Nas mulheres, as lesões cervicais, subclínicas são geralmente detectadas pela citologia oncótica, avaliadas pela colposcopia, teste de Schiller (iodo) e biópsias dirigidas. Quando assintomático, pode ser detectável por meio de técnicas moleculares que são pouco utilizadas.

Mulheres infectadas por HPV podem desenvolver lesões intraepiteliais cervicais, sendo que a maioria regride espontaneamente, especialmente na adolescência. Poucas lesões progridem para lesões intraepiteliais de alto grau, consideradas as lesões que, se não detectadas e tratadas adequadamente, podem progredir para o câncer.

De transmissão sexual, vertical (mãe-filho) ou raramente por fômites, não é conhecido o tempo que o vírus pode permanecer quiescente e que fatores são responsáveis pelo desenvolvimento das lesões. Pode permanecer por muitos anos no estado latente. Assim, não é possível estabelecer o intervalo mínimo entre a contaminação e o desenvolvimento de lesões (incubação), variando de semanas a décadas. Os fatores que determinam a persistência da infecção e sua progressão para neoplasias intraepiteliais de alto grau (neoplasia intraepitelial moderada, grave ou carcinoma *in situ*) são os tipos virais presentes e cofatores como o estado imunológico e tabagismo. Estima-se que entre 25% e 50% da população feminina e 50% da população masculina mundial esteja infectada pelo HPV.

Vacinas contra o papilomavírus humano

Considerando que o HPV é condição necessária para o câncer cervical, a vacinação para prevenção do HPV representa potencial para reduzir a carga de doença cervical e lesões precursoras. O Ministério da Saúde adotou a vacina quadrivalente contra HPV que confere proteção contra HPV de baixo risco (HPV 6 e 11) e de alto risco (HPV 16 e 18). Tem maior evidência de proteção e indicação para pessoas que nunca tiveram contato com o vírus.

A vacina HPV é destinada à utilização preventiva e não tem efeito demonstrado, ainda, nas infecções pré-existentes ou na doença estabelecida. Portanto, a vacina não tem uso terapêutico no tratamento do câncer do colo do útero, de lesões displásicas cervicais, vulvares e vaginais de alto grau ou de verrugas genitais.

Cabe lembrar que vacinação é uma ferramenta de prevenção primária e, também, não substitui o rastreamento do câncer, pois a vacina não confere proteção contra todos os subtipos oncogênicos de HPV. Da mesma forma, a vacina não confere proteção contra outras doenças sexualmente transmissíveis e, por isso, a importância do uso do preservativo em todas as relações sexuais.

Esquema Vacinal

O Ministério da Saúde adota o esquema vacinal estendido, composto por três doses (0, 6 e 60 meses).

População-alvo

A população-alvo da vacinação com a vacina HPV é composta por adolescentes do sexo feminino na faixa etária entre 11 e 13 anos de idade, no ano da introdução da vacina (2014), na faixa etária de 9 a 11 anos no segundo ano de introdução (2015), e de 9 anos de idade, do terceiro ano em diante.

Na população indígena, a população-alvo da vacinação é composta por indígenas do sexo feminino na faixa etária de 9 a 13 anos, em 2014, e de 9 anos de idade, do segundo ano em diante.

Forma farmacêutica, apresentação e composição

O Ministério da Saúde adquiriu a vacina quadrivalente papilomavírus humano (recombinante) do laboratório MSD/Instituto Butantan, composta pelos tipos HPV 6, 11, 16 e 18.

A vacina é apresentada na forma farmacêutica de suspensão injetável, unidose, acondicionada em embalagem secundária contendo 10 frascos-ampola. Cada dose possui volume de 0,5 ml.

Modo de administração

A vacina HPV deve ser administrada exclusivamente por via intramuscular, preferencialmente na região do deltoide esquerdo, na parte superior do braço ou na região anterolateral superior da coxa.

Conservação e Validade

A vacina dever ser conservada em temperaturas entre +2º e +8ºC, não pode ser congelada. O prazo de validade é de 3 anos a partir da data de fabricação.

Contraindicações

Não dever ser administrada nas adolescentes com hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer um dos excipientes levedura ou após receber uma dose da vacina HPV.

Não é indicada para gestantes, por não haver estudos conclusivos em mulheres grávidas até o momento. Se a menina engravidar após o iníicio do esquema vacinal, as doses subsequentes deverão ser adiadas para o período pós-parto.

Quadro 8. Eventos Adversos da Vacina contra HPV

Tipo de evento adverso	Principais sinais e sintomas
Reações locais	Dor no local de aplicação, edema e eritema de intensidade moderada
Manifestações sistêmicas	Cefaleia Febre Síncope (desmaio)

A síncope mais frequente em adolescentes é a Síncope Vasovagal, comum em pessoas com alguma labilidade emocional, relacionada a algum estímulo desencadeante como dor intensa, expectativa de dor ou choque emocional súbito.

Recomendações de Enfermagem

- Incentivar as adolescentes a procurarem as unidades de saúde, para realizarem a vacinação completa contra HPV.
- Incentivar as mulheres à realização do exame colpocitológico, anualmente.
- Incentivar o uso do preservativo, pois o mesmo reduz o risco de transmissão do vírus para os parceiros não infectados e ainda previne outras DST.
- Realizar anamnese e exame físico, identificando por meio da Abordagem Sindrômica, as manifestações clínicas e subclínicas do HPV, encaminhando os casos para as devidas especialidades médicas.
- Realizar busca de parceiros sexuais de pacientes com Condilomas, uma vez que os mesmos poderão beneficiar do exame clínico para avaliação da presença de condilomas não suspeitados ou de outras DST e pela avaliação de lesões subclínicas, como as neoplasias intraepiteliais.

Hepatites B e C

As hepatites virais constituem-se um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, dado a magnitude da infecção, o número de indivíduos infectados e seu elevado potencial de complicações das formas agudas e crônicas. A história pregressa detalhada do paciente com suspeita de hepatite pode auxiliar bastante na orientação do diagnóstico etiológico. A condição de saneamento básico e o local de residência/procedência, também, devem ser pesquisados. Ao exame físico, deve-se pesquisar a presença de lesões sugestivas de uso de drogas injetáveis, tatuagens e *piercings*. Atualmente são reconhecidos cinco principais tipos de hepatites virais, provocadas por

diferentes agentes etiológicos e com cursos clínicos variados e epidemiologia peculiar. No entanto, para fins de condução deste Protocolo, será dado enfoque às hepatites B e C.

Hepatite B

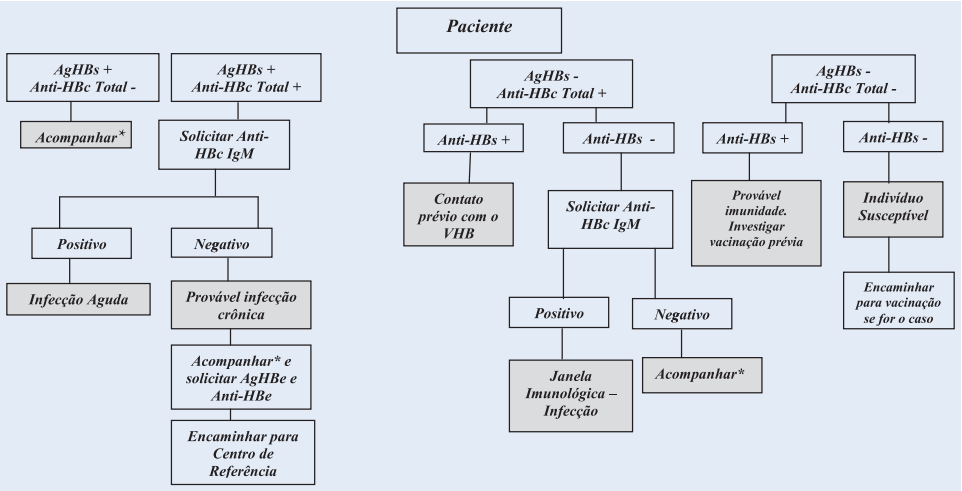
A transmissão do vírus da hepatite B (VHB) se faz por via parenteral e, sobretudo, pela via sexual, sendo considerada doença sexualmente transmissível. A transmissão vertical (maternoinfantil) também pode ocorrer. As infecções causadas pelo VHB são habitualmente anictéricas, sendo que apenas 30% dos indivíduos apresentam a forma ictérica da doença. Aproximadamente 5% a 10% dos indivíduos infectados cronificam, no entanto, na transmissão vertical em que a gestante possui evidências de replicação viral (AgHBe reagente), as chances de cronificação elevam-se para cerca de 70 a 90%. Caso a gestante apresente AgHBe não reagente (indicativo de ausência de replicação viral), a probabilidade de cronificação reduz para 10% a 40%. Cerca de 20% a 25% dos casos crônicos e com evidências de replicação viral evoluem para doença hepática avançada (cirrose).

Quadro 9. Interpretação dos resultados sorológicos da Hepatite B (BRASIL, 2008)

INTERPRETAÇÃO	MARCADOR SOROLÓGICO					
	AgHBs	**AgHBe**	**Anti-HBc IgM**	**Anti-HBc IgG ou Total**	**Anti-HBe**	**Anti-HBs**
Susceptível	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
Incubação	Positivo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
Fase aguda	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo
Fase aguda final ou Hepatite Crônica	Positivo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Negativo
	Positivo	Negativo	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo
	Positivo	Negativo	Negativo	Positivo	Negativo	Negativo
Início da convalescença	Negativo	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo
Imunidade, infecção passada recente	Negativo	Negativo	Negativo	Positivo	Positivo	Positivo
Imunidade, infecção passada	Negativo	Negativo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo*
Imunidade, resposta vacinal	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Positivo

*Com o passar do tempo, o anti-HBs pode estar em níveis indetectáveis pelos testes sorológicos.

Figura 5. Diagnóstico da Hepatite B na Atenção Primária em Saúde (BRASIL, 2008)



*Acompanhamento pressupõe consultas quinzenais no primeiro mês e consultas mensais até a resolução do quadro.

Caso o paciente apresente algum critério de gravidade, encaminhar para o Centro de referência. Clinicamente, os aspectos que indicam gravidade são: vômitos repetidos, febre prolongada, hálito hepático, hemorragias espontâneas e sinais de encefalopatia hepática (sonolência e/ou agitação psicomotora, asterixis "flapping", torpor e coma) (BRASIL, 2008).

A ocorrência de lesão hepática pode ser verificada ou sugerida pela dosagem das aminotransferases (ALT e AST). Pacientes sem manifestações de hepatopatia e com aminotransferases normais devem ser avaliados clinicamente e repetir os exames a cada seis meses. A elevação das aminotransferases em pelo menos duas datas distintas, com no mínimo 30 dias de diferença, no intervalo de seis meses, pode ser indicativo de lesão hepática (BRASIL, 2008). Nessa situação, é necessária a realização de biópsia hepática para avaliar a indicação de tratamento específico (serviço de referência).

Vacina contra Hepatite B

Está indicada para indivíduos suscetíveis nos seguintes casos:

- Menores de um ano de idade
- Crianças, adolescentes e adultos entre um a 49 anos de idade
- Gestantes em qualquer faixa etária
- Vítimas de abuso sexual
- Vítimas de acidentes com material biológico positivo ou fortemente suspeito de infecção por VHB
- Integrantes dos grupos vulneráveis, independente da faixa etária (profissionais de saúde, bombeiros, policiais, carcereiros, caminhoneiros, coletores de lixo, agentes funerários, comunicantes sexuais de portadores de VHB)

- Imunocomprometidos
- Doadores de sangue
- Homens e Mulheres que mantêm relações sexuais com pessoas do mesmo sexo (HSH e MSM)
- Gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT)
- Pessoas reclusas (presídios, hospitais psiquiátricos, instituições de menores, forças armadas, etc)
- Manicures, pedicures e podólogos
- Populações de assentamentos e acampamentos
- Potenciais receptores de hemotransfusão ou politransfundidos
- Profissionais do sexo/prostitutas
- Usuários de drogas injetáveis, inaladas ou "pipadas"
- Portadores de DST
- População indígena
- Indivíduos com convívio domiciliar contínuo com portadores do VHB

Imunoglobulina específica para o vírus B

A Imunoglobulina Específica para o vírus B (HBIG) está disponível no Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE), sendo indicada para pessoas não vacinadas após exposição ao VHB nas seguintes situações:

- Prevenção da infecção perinatal pelo vírus da hepatite B
- Vítimas de acidentes com material biológico positivo ou fortemente suspeito de infecção por VHB
- Comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B
- Vítimas de abuso sexual
- Imunodeprimidos após exposição de risco, mesmo que previamente vacinados

Pacientes que receberam a HBIG devem iniciar ou completar o esquema de imunização contra a hepatite B, conforme calendário preconizado pelo PNI.

Hepatite C

O vírus da hepatite C (VHC) é o principal agente etiológico da hepatite crônica, sendo também o maior responsável por cirrose e transplante hepático no Mundo Ocidental. Sua transmissão ocorre principalmente pela via parenteral, no entanto, em um percentual significativo de casos não é possível identificar a via de transmissão. Possuem risco acrescido para a infecção pelo VHC por via parenteral indivíduos que:

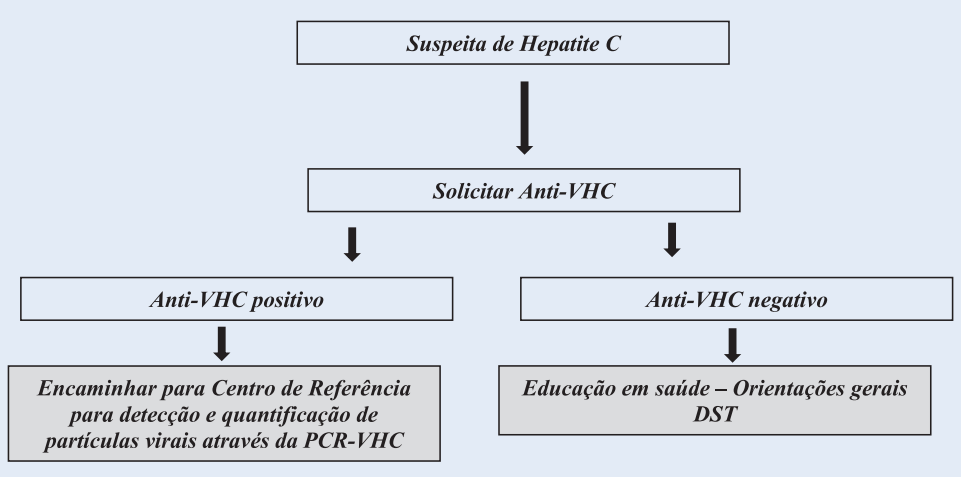
- Receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993;
- Sejam usuários de drogas intravenosas ou usuários de drogas inaladas e aspiradas que compartilham os equipamentos de uso;
- Fizeram tatuagens, aplicaram *piercings* ou que apresentam outras formas de exposição percutânea (p. ex: clientes de consultórios odontológicos, podólogos, manicures, etc.) sem cuidados com as normas de biossegurança.

A transmissão sexual do VHC é pouco frequente (risco menor que 2% para parceiros estáveis) e ocorre, principalmente, em pessoas com múltiplos parceiros e com prática sexual de risco, sendo que a coexistência de alguma DST (inclusive o HIV) constitui um importante facilitador dessa transmissão. A transmissão vertical é rara quando comparada à hepatite B, entretanto, já se demonstrou que gestantes com carga viral do VHC elevada ou coinfectadas pelo HIV apresentam maior risco de transmissão vertical (BRASIL, 2006).

Quadro 10. Interpretação dos resultados sorológicos da Hepatite C (BRASIL, 2006)

MARCADOR SOROLÓGICO	INTERPRETAÇÃO
Anti-VHC	Indica contato prévio com o VHC, no entanto requer exames moleculares para detecção da presença e quantificação de partículas virais (PCR-VHC).

Figura 6. Diagnóstico da Hepatite C na atenção primária em saúde


Suspeita de Hepatite C
Solicitar Anti-VHC
Anti-VHC positivo
Anti-VHC negativo
Encaminhar para Centro de Referência para detecção e quantificação de partículas virais através da PCR-VHC
Educação em saúde – Orientações gerais DST

*Em caso de exposição de risco recente, repetir exame em 30 a 60 dias.

HIV

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) constitui um conjunto de sinais e sintomas relacionados à infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Desde sua descoberta, no início dos anos 80 até a atualidade, a infecção pelo HIV vem se constituindo um fenômeno global, dinâmico e instável, intimamente relacionado ao comportamento humano individual e coletivo.

No trabalho constante de dar uma resposta sustentável à epidemia do HIV, novas

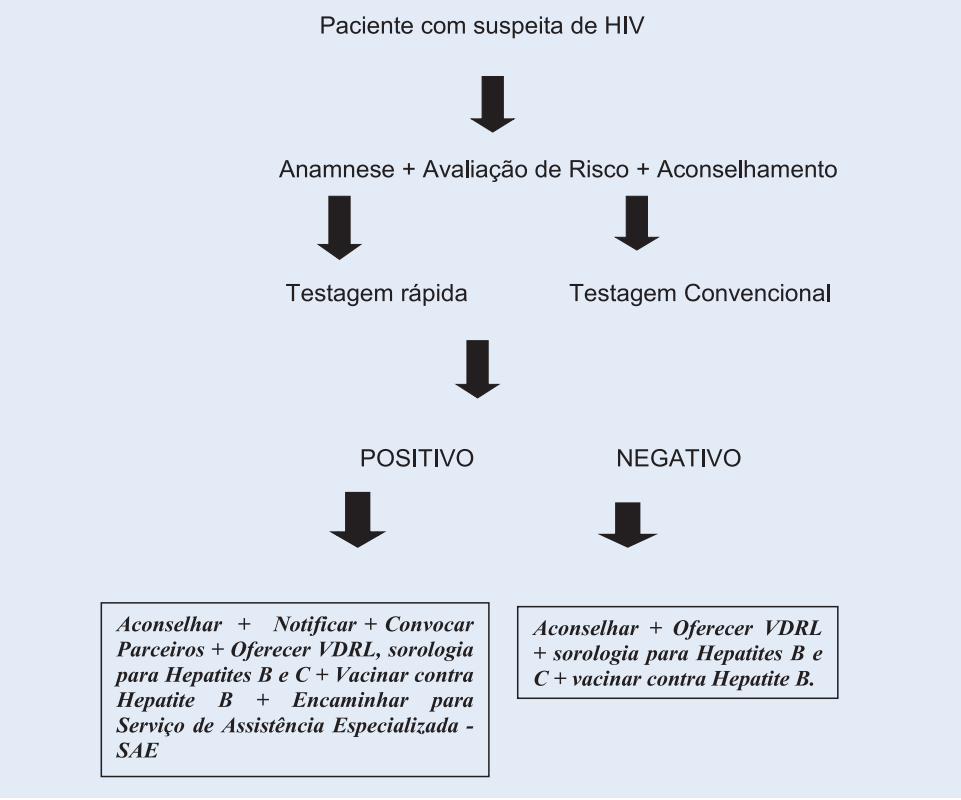
políticas foram adotadas, pautadas em evidências científicas e tecnológicas. Dessa forma, estratégias como a prevenção positiva e a ampliação diagnóstica foram adotadas no Brasil.

É fundamental ressaltar que o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, impacta diretamente na quebra de cadeia da transmissão viral e, consequentemente, no surgimento de novos casos e ainda propicia ao indivíduo a possibilidade de iniciar o tratamento logo após a confirmação diagnóstica.

O acesso ao conhecimento do estado sorológico dos indivíduos, somado à agilidade da resposta diagnóstica e encaminhamento para assistência médica são estratégias principais para o controle da epidemia no Estado de Goiás.

Para tanto, o fluxo de atendimento aos indivíduos portadores da infecção pelo HIV viabiliza uma consulta de enfermagem objetiva e resolutiva para a população, visando ao atendimento integral.

Figura 7. Fluxograma de atendimento a pacientes com suspeita de HIV


Paciente com suspeita de HIV
Anamnese + Avaliação de Risco + Aconselhamento
Testagem rápida
Testagem Convencional
POSITIVO
NEGATIVO
Aconselhar + Notificar + Convocar Parceiros + Oferecer VDRL, sorologia para Hepatites B e C + Vacinar contra Hepatite B + Encaminhar para Serviço de Assistência Especializada - SAE
Aconselhar + Oferecer VDRL + sorologia para Hepatites B e C + vacinar contra Hepatite B.

Obs. 1 Avaliar a necessidade de aplicação de outros fluxogramas de DST

Obs. 2 Em caso negativo, reavaliar paciente após 30 dias para descartar possibilidade de janela imunológica

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - 4ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV. - 1ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Sífilis 2012, ano I n 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____ Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2012, ano I n.01.

_____ Ministério da Saúde. Relatório Técnico Preliminar do Estudo Sentinela-Parturiente, Brasília, 2012.

COREN-RJ. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. Protocolos de Enfermagem na atenção primária á saúde. Biblioteca de Ciências Biomédicas. Icict/ Fiocruz, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe Técnico sobre a Vacina Papilomavírus Humano. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

11 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À TUBERCULOSE

Ana Lourdes Pereira da Silva Mello[1]
Emílio Alves Miranda[2]

Introdução

Doença infectocontagiosa, a Tuberculose é causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch. Apesar de a forma pulmonar bacilífera ser a mais importante, do ponto de vista epidemiológico, outras formas de tuberculose podem ser observadas, como a disseminada miliar ou as extrapulmonares: pleural, ganglionar, osteoarticular, geniturinária, meningoencefálica, entre outras. Também esta enfermidade pode acometer, ao mesmo tempo, mais de um órgão em um mesmo paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2004).

Estima-se que 1/3 da população mundial esteja infectada pelo bacilo causador da tuberculose, embora nem todos desenvolvam a doença, é determinada pela OMS como agravo de problema em Saúde Pública.É uma das doenças infectocontagiosas que mais causa mortes no Brasil, principalmente, entre as pessoas que vivem com HIV.

O Brasil ainda permanece entre os 22 países que albergam 80% dos casos mundiais de Tuberculose, apesar da tendência de queda da incidência dos casos nos últimos anos.

Anualmente, são notificados mais de 70 mil casos novos e o número de óbitos por tuberculose em torno de 4,5 mil. No estado de Goiás, em 2012, foram notificados 844 casos novos de tuberculose, correspondendo a uma incidência de 13,7 por 100.000 habitantes.Embora seja um dos três Estados de menor incidência de casos, a taxa de cura de 72% ainda permanece abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde-MS.

Mesmo com os avanços significativos que vêm sendo obtidos no controle da tuberculose graças à implementação de estratégias de controle recomendadas, seus números absolutos ainda demonstram um grande desafio para a Saúde Pública. No plano político, o MSvem estabelecendo diversas estratégiasdesde que, em 2003, elegeu a tuberculose como problema prioritário de saúde pública a ser combatido. No plano técnico, adotou cada um dos elementos da estratégia do *Stop TB*, a começar pelo seu primeiro elemento que trata da implementação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) de alta qualidade. Além do TDO, o Ministério da Saúde tem se pautado pelo fortalecimento do sistema de saúde, promovendo a articulação entre diferentes

[1]Enfermeira, especialista, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
[2]Enfermeiro, especialista, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

programas que possam contribuir para o controle da endemia no País, particularmente no combate à coinfecção Tuberculose – TB/Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e na promoção do acesso às populações mais vulneráveis aos serviços de saúde, sempre na perspectiva da descentralização das ações de controle da tuberculose com ênfase absoluta na atenção básica.

Nesse cenário, o papel da enfermagem, categoria fundamental para a condução das atividades de saúde pública no País, adquire especial importância na execução das ações de controle da tuberculose e, por isso, a necessidade deste protocolo específico para as atividades da enfermagem no âmbito da atenção à saúde.

Neste protocolo, o profissional de enfermagem poderá subsidiar suas ações as quais são realizadas nos locais onde atuam de forma sistemática estabelecendo qualidade nos processos realizados, diante de um paciente com tuberculose, favorecendo assim, o papel dos profissionais de enfermagem no intuito deminimizar as intercorrências que favoreçam o abandono, a recidiva, a falência e a tuberculose resistente,estimulando a adesão dos pacientes e um tratamento bem sucedido.

Desenvolvimento da temática

As melhores medidas de prevenção e de controle da tuberculose são o diagnóstico precoce e o tratamento do paciente até a cura. Outras medidas de prevenção importantes incluem a vacinação Bacilo de Calmette Guérin (BCG) (evita as formas graves), o Tratamento da Infecção Latente pelo *M. tuberculosis (*ILTB) e o controle de contatos.

Diagnóstico da tuberculose

O enfermeiro capacitado nas ações de controle da tuberculose deve identificar informações clínicas, epidemiológicas e sociais dos suspeitos da enfermidade e tomar providências para o esclarecimento do diagnóstico.

A pesquisa bacteriológica é o método prioritário para o diagnóstico e o controle do tratamento da tuberculose, uma vez que permite a identificação da fonte de transmissão da infecção (o bacilífero). Considerando esses aspectos, cabe ressaltar que a descoberta precoce do caso, o diagnóstico correto e o tratamento completo dos doentes com baciloscopia positiva são tidos como uma das principais medidas de controle da tuberculose na comunidade.

É função do enfermeiro do programa de controle da tuberculose organizar e cumprir as recomendações do Ministério da Saúde e, segundo a Portaria da Atenção Básica nº 648, de 28 de março de 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), o diagnóstico de tuberculose nos serviços de saúde está implícito nas atribuições desse profissional: "Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, *realizarconsulta de*

enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações".

Diante das diversas situações enfrentadas pelo paciente, durante a procura por uma unidade de saúde, a organização dos serviços de tuberculose deve visar à busca ativa dos casos sintomáticos respiratórios na demanda dos serviços, nos contatos e na comunidade.

Busca de sintomáticos respiratórios

Identificar, precocemente, pessoas com *tosse* por tempo igual ou superior a *três semanas* de S*intomático Respiratório (SR)*, visando à descoberta dos casos de bacilíferos. A busca ativa do SR tem sido uma estratégia recomendada internacionalmente e deve ser realizada permanentemente pelos serviços de saúde.

A operacionalização dessa ação requer atuação do enfermeiro com vista à captação de suspeitos continuamente na rotina diária da unidade de saúde, bem como no sentido de alcançar impacto nos indicadores de tuberculose propostos para a unidade de saúde, como descrito a seguir:

- Organização do agendamento aberto, para pessoas que procuram as unidades de saúde e os suspeitos encaminhados dos outros serviços por motivo de tosse, por tempo igual ou maior que três semanas.
- Os serviços de busca dos sintomáticos devem ter abrangência multiprofissional e envolvimento da totalidade dos profissionais da unidade de saúde.
- O estabelecimento de fluxo dos exames laboratoriais, com agilidade na realização e divulgação dos resultados das baciloscopias, além do controle de qualidade.
- Desenvolvimento de ações que facilitem o alcance das metas na sua unidade de saúde, de acordo com a programação anual de sintomáticos respiratórios nos serviços de saúde, cujas metas foram pactuadas por estados e municípios.
- Organização de ações voltadas para os grupos ou locais com maior probabilidade de adoecer por tuberculose: presídios, creches, manicômios, abrigos e asilos, pessoas em situação de rua, etilistas, usuários de drogas, mendigos, imunodeprimidos por uso de medicamentos ou doenças imunossupressoras AIDS, diabetes).
- Encaminhamento para a referência dos casos que requeiram maior capacidade resolutiva.

Dentre as ações de planejamento para a busca ativa do Sintomático Respiratório (SR), caberá ao enfermeiro:

1. Programar metas e monitorar mês a mês a descoberta do sintomático respiratório nas unidades de saúde e em populações especiais, utilizando-se do registro no Livro do Sintomático Respiratório.
2. Mobilizar e capacitar os profissionais de saúde e todos os funcionários da unidade de saúde (ex.: vigilantes, serviços administrativos e limpeza), assim como os agentes

comunitários de saúde e a equipe da Estratégia de Saúde da Família na identificação e no registro do caso de sintomático respiratório.
3. Identificar e priorizar as áreas de maior afluência de pessoas no serviço de saúde na busca do sintomático respiratório (ex.: sala de espera, recepção, farmácia, laboratório, serviço odontológico e outros).
4. Monitorar e avaliar rotineiramente a atividade da busca, a partir dos indicadores sugeridos: porcentagem de identificados, de sintomáticos de respiratórios examinados, de positividade e da meta alcançada em cada mês através do livro de registro de Sintomático Respiratório implantado na unidade.

Orientação para a coleta de escarro espontâneo:

Na unidade de saúde

O enfermeiro deve conduzir sua orientação para a coleta do exame, considerando os seguintes aspectos (BRASIL, 2008a):

- Explique a importância do exame para o paciente, utilizando termos claros e de fácil entendimento.
- Forneça a orientação e a simulação da técnica de coleta, utilizando para isso o pote, aproveitando esse momento para indicar a quantidade a ser coletada.
- Oriente a inspirar profundamente, retendo por alguns instantes o ar dos pulmões. Oriente, também, a tossir e escarrar diretamente no pote.
- Oriente a repetir esse procedimento por três vezes, até atingir a quantidade necessária ao exame (5 ml a 10 ml), tendo cuidado para que o material não escorra por fora do pote.
- Oriente a tampar o pote, rosqueando-o firmemente.
- Entregue o pote para a coleta (identificado com o nome do paciente no corpo do pote) com um papel toalha (ou papel higiênico), a requisição do exame e indicação do local de coleta.
- Após a coleta, o paciente deve levar o pote até o profissional de saúde que deve verificar a quantidade e a qualidade da amostra, sem abrir o pote. Caso a quantidade seja insuficiente, deve-se pedir para que o paciente repita a operação até obter uma amostra adequada.
- Ao final, o paciente deverá lavar as mãos.

No domicílio

- Orientar para coleta ao despertar pela manhã, lavando bem a boca, inspirar profundamente, prender a respiração por um instante e escarrar após forçar a tosse. Repetir essa operação até obter três eliminações de escarro, evitando que esse material escorra pela parede externa do pote.
- Informar que, após o pote ser tampado, colocar em um saco plástico com a tampa

para cima, cuidando para que permaneça nessa posição até a chegada ao laboratório. Se a amostra for para a realização de cultura para BK, protegê-la da exposição à luz solar.

- Orientar o paciente para a lavagem de mãos.
- Observação: na impossibilidade de envio imediato da amostra para o laboratório ou unidade de saúde, essa deverá ser conservada em geladeira comum. As amostras clínicas encaminhadas ao laboratório deverão estar acompanhadas da requisiçãode exames, que é um formulário com informações úteis para o laboratório e deve conter osdados de identificação do paciente, descrição dos achados clínicos do paciente e a natureza doexame solicitado. Agendar em seguida a consulta médica.
- Em relação à conservação das amostras do escarro, elas poderão ficar em temperatura ambiente e ao abrigo da luz solar por um período máximo de 24 horas. Se a demora para o envio ao laboratório for superior a um dia, as amostras deverão ser mantidas refrigeradas entre 2ºC e 8ºC,para que não deteriorem e se evite a ocorrência de resultados falso-negativos. Conforme a Organização Mundial de Saúde, essas amostras podem ficar refrigeradas de cinco a sete dias, no máximo, em locais de difícil acesso a um laboratório. Depois disso, devem ser imediatamente processadas.

Frente à coleta do exame de BAAR enviado ao laboratório, o enfermeiro deverá:

- Observar se o resultado do BAAR emitido pelo laboratório chega, no máximo, em 24h nos serviços. O fluxo do resultado do exame deverá ser operacionalizado, conforme a disponibilidade do serviço, podendo ser *on-line*, via malote ou por emissão direta com instrumento próprio, para posterior avaliação e conduta do caso clínico no serviço de saúde.
- Registrar o resultado do exame no prontuário clínico, na ficha familiar (ESF) e no Livro de Registro de Sintomático Respiratório.
- Solicitar imediatamente a visita domiciliar e/ou realizar contato telefônico, nos casos de pacientes com baciloscopia positiva que não compareceram à unidade básica de saúde para o recebimento do exame baciloscópico.
- Encaminhar para consulta médica os pacientes com duas ou mais baciloscopias negativas e com persistência dos sintomas.
- Em caso positivo, o enfermeiro deverá iniciar o tratamento diretamente observado da tuberculose.

Consulta de enfermagem

O enfermeiro capacitado nas ações de controle da tuberculose deve identificar informações clínicas epidemiológicas e sociais dos suspeitos da enfermidade e tomar providências para o esclarecimento do diagnóstico.

Dentre essas recomendações estão:

- Anamnese

- Exame físico
- Solicitação da baciloscopia de escarro
- Solicitação, realização e leitura do teste tuberculínico (PPD) se capacitado e quando necessário.

Obs: A Prova Tuberculínica (PT) consiste na inoculação intradérmica de um derivado proteico do *M. tuberculosis* para medir a resposta imune celular a esses antígenos. É utilizada, em adultos e crianças, para o diagnóstico de infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTB). Na criança também é muito importante como método coadjuvante para o diagnóstico da TB doença.

- Realizar notificação em ficha de investigação preconizada pelo Ministério da Saúde

Tratamento preventivo da tuberculose (Quimioprofilaxia)

A susceptibilidade à infecção é praticamente universal. A maioria das pessoas resiste ao adoecimento após a infecção e desenvolve imunidade parcial à doença, no entanto alguns bacilos permanecem vivos, bloqueados pela reação inflamatória do organismo. Cerca de 5% das pessoas não conseguem impedir a multiplicação dos bacilos e adoecem na sequência da primo-infecção. Outros 5%, apesar de bloquearem a infecção nessa fase, adoecem posteriormente por reativação desses bacilos ou por consequência de exposição a uma nova fonte de infecção.

O maior risco de adoecimento se concentra nos primeiros dois anos, após a primo-infecção, mas o período de incubação pode se estender por muitos anos e até mesmo décadas.

Prevenção da infecção latente ou quimioprofilaxia primária

Recomenda-se a prevenção da infecção tuberculosa em recém-nascidos, co-habitantes de caso índice bacilífero. Nesses casos, o recém-nascido não deverá ser vacinado ao nascer. A Izoniazida (H) é administrada por três meses e, após esse período, faz-se a Prova Tuberculínica (PT). Se o resultado da PTfor ≥ 5 mm, a Quimioprofilaxia – QP deve ser mantida por mais três meses; caso contrário, deve-se interromper o uso da isoniazida e vacinar com BCG.

Tratamento

Fármaco utilizado: isoniazida – na dose de 5 mg/kg a 10 mg/kg de peso, até a dose máxima de 300 mg/dia. A isoniazida tem papel relevante, uma vez que diminui o risco de adoecer nos indivíduos já infectados pelo Mycobacterium tuberculosis.

Tempo de tratamento: deve ser realizado por um período mínimo de seis meses podendo ser estendido por um período máximo de 9 meses a critério médico.

Vale lembrar que essa atividade deve ser realizada onde os profissionais são capacitados para realizarem leitura e aplicação da Prova Tuberculínica e acompanhamento

da Quimioprofilaxia, havendo a necessidade de encaminhar para uma unidade de referência para essa atividade.

Infecção latente ou quimioprofilaxia secundária

Quimioprofilaxia secundária é a administração de isoniazida a uma pessoa infectada pelo bacilo de Koch com a finalidade de evitar que ela adoeça (BRASIL, 2002a). O tratamento da infecção latente pelo *M. tuberculosis*(ILTB) com isoniazida – H reduz em 60% a 90% o risco de adoecimento (SMIEJA et. al., 1999). Essa variação se deve à duração e à adesão ao tratamento.

Observação: Tomar as 180 doses é mais importante que o tempo do tratamento. Por isso, recomenda-se que esforços sejam feitos para que o paciente complete o total de doses programadas mesmo com a eventualidade de uso irregular, considerando a possível prorrogação do tempo de tratamento com o objetivo de completar as doses previstas, mas essa prorrogação não deve exceder os três meses do tempo inicialmente programado (COMSTOCK, 1999).

Indicações

Além do resultado da PT, a indicação do uso da H para tratamento da ILTB depende de três fatores: idade, probabilidade de ILTB e risco de adoecimento (PAI; MENZIES, 2009). Os grupos com indicação de tratamento são:

1. Crianças contatos de casos bacilíferos:
    - PT igual ou superior a 5 mm em crianças não vacinadas com BCG, crianças vacinadas hámais de 2 anos ou qualquer condição imunossupressora.
    - PT igual ou superior a 10 mm em crianças vacinadas com BCG há menos de 2 anos.
    - Crianças que adquiriram ILTB até os 5 anos – grupo prioritário para o tratamento de ILTB.
2. Em adultos e adolescentes:
    - Adultos e adolescentes maiores de 10 anos com ILTB, a relação risco-benefício do tratamento com H deve ser avaliada. A idade é um dos fatores de risco para hepatoxicidade pela isoniazida (DOSSING et al., 1996; SENARATNE et al., 2006),pelo elevado risco de hepatoxicidade e reduzido risco acumulado de adoecimento.

Tratamento da tuberculose

A tuberculose é uma doença curável em praticamente 100% dos casos novos, sensíveis aos medicamentos antiTB, desde que obedecidos aos princípios básicos da terapia medicamentosa e à adequada operacionalização do tratamento.

O profissional de enfermagem obedecendo à legislação vigente diante do diag-

nóstico de tuberculose confirmado deverá:

- Instituir e acompanhar o tratamento do paciente com tuberculose pulmonar e extrapulmonar, bem como registrar e examinar os contatos dos casos pulmonares bacilíferos.
- O enfermeiro deve iniciar e acompanhar o tratamento dos casos de tuberculose pulmonar com resultados de baciloscopia negativa e dos casos de tuberculose extrapulmonar quando o diagnóstico for confirmado após investigação em uma Unidade de Referência;
- Explicar e aplicar o Tratamento Diretamente Observado (TDO) e indicar o profissional de saúde responsável para realização da supervisão.
- Solicitar baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade para o efetivo controle do tratamento.
- Orientações gerais ao paciente e familiares, como por exemplo, em relação à doença, seus mitos, duração e necessidade do tratamento.
- Realizar educação em saúde.
- Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.
- Preencher, de forma adequada e oportuna, os instrumentos de vigilância preconizados pelo Programa Nacional de Controle da TB (ficha de notificação de caso, livros de registro de sintomáticos respiratórios e de tratamento e acompanhamento dos casos).

Esquema básico de tratamento para tuberculose

Em 2009, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, com o seu Comitê Técnico Assessor, reviu o sistema de tratamento da TB no Brasil. Com base nos resultados preliminares do II Inquérito Nacional de Resistência aos medicamentos antiTB que mostraram aumento da resistência primária à isoniazida (de 4,4 para 6,0%), deve-se introduzir o etambutol como quarto fármaco na fase intensiva de tratamento (dois primeiros meses) do esquema básico.

Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes

Indicações:

- Casos novos adultos e adolescentes (> 10 anos), de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto a forma meningoencefálica), infectados ou não por HIV.
- Retratamento: recidiva (independentemente do tempo decorrido do primeiro episódio) ou retorno após abandono com doença ativa em adultos e adolescentes (> 10 anos) – exceto a forma meningoencefálica.

Quadro 1. Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2 RHZE Fase Intensiva	**RHZE** 150/75/400/275 comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 a 50 kg	3 comprimidos	
		> 50 kg	4 comprimidos	
4RH Fase de manutenção	**RH** Comprimido ou cápsula 300/200 ou 150/100	20 a 35 kg	1 comp ou caps 300/200mg	4
		36 a 50 kg	1 compr ou caps 300/200 mg + 1 comp ou caps 150/100 mg	
		> 50 kg	2 comp ou caps 300/200mg	

OBS: O esquema com RHZE (Rifampicina + Izoniazida + Pirazinamida + Etambutol) pode ser administrado nas doses habituais para gestantes e está recomendado o uso de Piridoxina (50mg/dia) durante a gestação pela toxicidade neurológica (devido à isoniazida) no recém-nascido.

*As apresentações farmacêuticas em comprimidos de Rifampicina/Izoniazida de 150/75mg estão substituindo as apresentações de R/H 300/200 e 150/100 e deverão ser adotadas tão logo estejam disponíveis.

Esquema básico 2RHZ/4RH para criança (EB (2RHZ /4RH))

Indicação:

- Casos novos de crianças (< 10 anos), de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto a forma meningoencefálica), infectadas ou não pelo HIV.
- Retratamento: recidiva (independentemente do tempo decorrido do primeiro episódio) ou retorno após abandono com doença ativa em crianças (< 10 anos) – exceto a forma meningoencefálica.

Quadro 2. Esquema básico para o tratamento da TB em crianças (< 10 anos)

Fases do tratamento	Fármacos	Peso do doente			
		Até 20kg	>20 a 35kg	>35 a 45kg	> 45kg
		mg/kg/dia	mg/kg/dia	mg/kg/dia	mg/kg/dia
2 RHZ Fase de ataque	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
4RH Fase de manutenção	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

Legenda das drogas utilizadas nos esquemas para tratamento da TB.

R: Rifampicina	H: Izoniazida	Z: Pirazinamida	E: Etambutol	RH: Rifampicina + Izoniazida
2RHZE: Fase de ataque do esquema básico para adultos e adolescentes 2 meses de Rifampicina + Izoniazida + Pirazinamida + Etambutol (comprimido 4 em 1)				
4RH: Fase de manutenção do esquema básico para adultos e adolescentes 4 meses de Rifampicina + Izoniazida (Comprimido 2 em 1)				
2RHZ: Fase de ataque do esquema básico para crianças 2 meses de Rifampicina + Izoniazida + Pirazinamida				

Tratamento Diretamente Observado (TDO)

O TDO é um elemento chave da estratégia DOTS que visa ao fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura.

Faz parte da competência do enfermeiro a organização do processo de trabalho nas atividades de controle da tuberculose, incluindo a dose diretamente observada da medicação. A organização da equipe garante que as ações sejam sistematizadas, contínuas e resolutivas; deve ser realizada por meio da elaboração de protocolos de atendimento que partam das diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde, mas que contemplem as especificidades locais e, principalmente, a dinâmica de trabalho da unidade de saúde e equipe.

O protocolo de atendimento requer uma discussão e consenso da conduta da equipe envolvida no programa de controle da tuberculose local, incluindo particularmente a questão do TDO, devendo esse documento ser regulamentado pelo gestor municipal. Sua elaboração deve contemplar os seguintes princípios:

- Partir de condutas consensuadas pela equipe, o que implica elaboração participativa e coletiva.
- Estar centrado no usuário.
- Utilizar como referência os protocolos clínicos definidos pelo Ministério da Saúde.
- Utilizar os indicadores para avaliação do serviço, do processo de implantação do tratamento diretamente observado e dos resultados sugeridos pelo MS.
- Estabelecer formas e prazos para revisões de metas e atualizações das estratégias do Programa de Controle da Tuberculose (PCT).
- Informar ao usuário os fluxos de atendimento na unidade de saúde, os exames a

serem realizados e o atendimento dos contatos.

A partir desse contexto, a atuação do enfermeiro no Tratamento Diretamente Observado(TDO) deve contemplar duas dimensões do processo de trabalho: a gerencial, que se relaciona ao planejamento, à organização e à avaliação de serviço, e a assistencial, ligada à organização e à realização das ações do cuidado, diretamente envolvidas no tratamento. Essas duas dimensões podem ser organizadas por meio da elaboração e da implantação de protocolos de enfermagem adaptados às unidades de saúde nos níveis estaduais, municipais e locais.

Objetivos do Tratamento Diretamente Observado

- Melhorar a atenção ao doente por meio do acolhimento humanizado.
- Possibilitar a adesão, garantindo a cura.
- Reduzir a taxa de abandono.
- Interrromper a cadeia de transmissão da doença.
- Diminuir o surgimento de bacilos multirresistentes.
- Reduzir a mortalidade.
- Reduzir o sofrimento humano, uma vez que se trata de uma doença consuptiva, transmissível e de alto custo social.
- Realizar uma educação em saúde efetiva, de forma individualizada voltada para orientar e corresponsabilizar o indivíduo, família e comunidade nas ações de saúde.

Será considerado TDO para fins operacionais, a observação de 24 tomadas na fase de ataque, 48 tomadas na fase de manutenção, assistida por um profissional de saúde.

Situações especiais nas quais o paciente deve ser encaminhado para uma unidade de referência.

Existem situações nas quais o paciente deve ser referenciado para uma unidade de referência devido à complexidade de seu tratamento e acompanhamento, sendo essas referências, de acordo com a magnitude dos casos, distâncias geográficas e facilidade de acesso.

- Difícil diagnóstico;
- Presença de efeitos adversos “maiores”;
- Presença de comorbidades (transplantados, imunodeprimidos, infecção pelo HIV, hepatopatas e indivíduos com insuficiência renal crônica);
- Casos de falência ao tratamento;
- Casos que apresentem qualquer tipo de resistência aos fármacos.

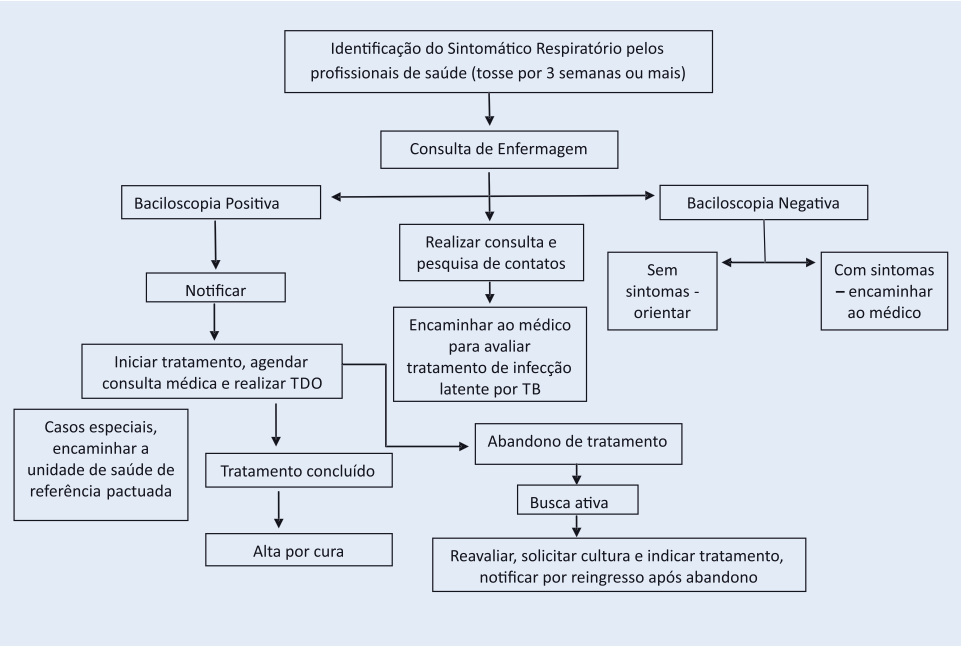
Atuação geral do enfermeiro no Programa de Tuberculose em serviço de saúde

- Realizar consulta de enfermagem, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão.
- Identificar os sintomáticos respiratórios entre as pessoas que procuram a US, nas

visitas domiciliares ou mediante os relatos dos ACS.

- Aplicar a vacina BCG.
- Aplicar e ler do teste tuberculínico (PPD) desde que capacitado.
- Realizar consulta de enfermagem mensal, conforme programação de trabalho da equipe e de protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão.
- Notificar o caso confirmado de tuberculose, analisar a ficha, verificar se todos os campos estão preenchidos e encaminhar ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE).
- Convocar os contatos para investigação.
- Orientar o uso da medicação, esclarecer dúvidas e desmistificar os tabus e estigmas.
- Programar os quantitativos de medicamentos necessários ao mês, para cada doente cadastrado na unidade.
- Solicitar exame de escarro mensal para acompanhar o tratamento dos casos pulmonares bacilíferos (BK+).
- Solicitar do NVE o retorno das informações e dos resultados de exames.
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento às ações de vigilância epidemiológica e ao controle das doenças.
- Transferir o doente da US, quando necessário, com a ficha de referência e contrarreferência devidamente preenchida.
- Agendar consulta extra, quando necessário.
- Orientar os auxiliares e técnicos de enfermagem, ACS e ACE para o acompanhamento dos casos em tratamento e/ou tratamento diretamente observado.
- Fazer visita domiciliar para acompanhar o tratamento e supervisionar o trabalho do ACS.
- Realizar ações educativas junto à clientela da US e ao domicílio.
- Convocar o doente faltoso e o doente em abandono de tratamento, para a consulta e planejar visita domiciliar.
- Preencher o livro de registro e acompanhamento dos casos de tuberculose em tratamento na US.
- Acompanhar a ficha de supervisão de tratamento preenchida pelo ACS/auxiliar ou técnico de enfermagem.
- Fazer juntamente com a equipe uma avaliação dos principais indicadores.
- Enviar mensalmente ao NVE as informações epidemiológicas referentes à tuberculose da área de atuação da US. Analisar os dados e planejar as intervenções juntamente com a equipe e coordenação municipal.
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, técnicos e auxiliares às ações de vigilância epidemiológica e ao controle das doenças.

Fluxograma


Identificação do Sintomático Respiratório pelos profissionais de saúde (tosse por 3 semanas ou mais)
Consulta de Enfermagem
Baciloscopia Positiva
Baciloscopia Negativa
Realizar consulta e pesquisa de contatos
Notificar
Sem sintomas - orientar
Com sintomas – encaminhar ao médico
Encaminhar ao médico para avaliar tratamento de infecção latente por TB
Iniciar tratamento, agendar consulta médica e realizar TDO
Casos especiais, encaminhar a unidade de saúde de referência pactuada
Abandono de tratamento
Tratamento concluído
Busca ativa
Alta por cura
Reavaliar, solicitar cultura e indicar tratamento, notificar por reingresso após abandono

Referências

Manual Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica – Protocolo de Enfermagem – Brasília DF – 2011.

Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil – Brasília/DF – 2011.

Guia de Vigilância Epidemiológica 7ª edição – Brasília/DF – 2009.

12 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À HANSENÍASE

Denise Ferreira de Freitas[1]
Edna Magalhães de Alencar Barbosa[2]

Introdução

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, manifestada por sinais e sintomas dermatoneurológicos (lesões de pele e nervos periféricos, podendo cursar com surtos reacionais intercorrentes) com potencial incapacitante. O potencial incapacitante está relacionado às deformidades físicas, sendo esse um dos fatores que contribui para a manutenção do estigma e preconceito sobre a doença. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado permitem a cura sem deixar sequelas, sendo de suma importância que o profissional de saúde tenha subsídios que facilitem identificar, diagnosticar e tratar a doença.

Embora a tendência da endemia apresente redução gradativa do núumero de casos novos, nos últimos anos oestado de Goiás tem detectado cerca de 2.000 casos novos por ano, o que exige dos profissionais de saúde, sobretudo, dos que atuam nas regiões mais endêmicas, um papel preponderante para a eliminação da doença como problema de saúde pública, isto é, reduzir a prevalência para menos de 1 caso em cada 10.000 habitantes. Em 2013, foram detectados 1.698 casos novos, com um Coeficiente de Detecção de 27,3/100.000 habitantes. Dentre os casos novos, 6% apresentaram incapacidade física, o que indica a ocorrência de diagnóstico tardio. O controle da hanseníase é baseado no diagnóstico precoce de casos, com ênfase no exame dos contatos intradomiciliares, no tratamento em tempo oportuno e na cura, visando à interrupção da cadeia de transmissão.

A manutenção de serviços capacitados para o diagnóstico e tratamento, visando à manutenção da pessoa com hanseníase na sociedade, sem incapacidades e deformidades é o real desafio que se espera alcançar com um atendimento humanizado, adequado e resolutivo para todos os usuários do Sistema Único de Saúde, incluindo a pessoa com hanseníase.

A assistência de enfermagem é parte integrante desse processo de cura e deve estar de acordo com as diretrizes preconizadas pela Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (CGHDE/SVS/MS), respaldadas pela Portaria nº 3.125 de 7 de outubro de 2010 que dispõe sobre as ações de controle da hanseníase.

[1]Enfermeira, especialista, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
[2]Enfermeira, mestre, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Descrição

A hanseníase é causada pelo Mycobacterium leprae (bacilo de Hansen), infecta grande número de indivíduos (alta infectividade), adoece pouco (baixa patogenicidade) e apresenta considerável poder incapacitante (alta virulência). O tratamento poliquimioterápico (PQT/OMS) permite a cura, com impacto imediato na transmissibilidade já a partir das primeiras doses da medicação, quando os bacilos se tornam inviáveis. A única fonte de infecção é o homem, através de contato direto com doentes portadores de formas contagiantes não tratadas.

Transmissão

As vias aéreas superiores são a principal via de eliminação do bacilo e a mais provável porta de entrada. A maioria das pessoas não adoece, pois, em geral, tem imunidade para o bacilo. Acomete ambos os sexos, inclusive crianças e o maior risco é observado entre contatos intradomiciliares (definidos como indivíduos que residem ou tenham residido com o doente nos últimos cinco anos). O ambiente fechado, a ausência de ventilação e de luz solar, também, favorecem a transmissão.

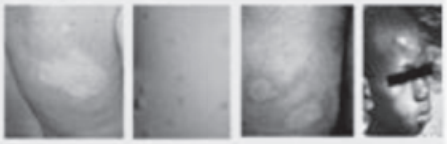
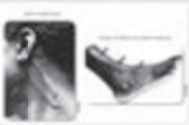
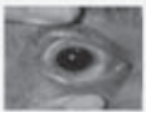
Figura 1


Painel de transmissão da hanseníase
População saudável
Pessoa doente
90% das pessoas não pegam hanseníase
10% contraem o bacilo e ficam doentes

Sinais e sintomas

A enfermagem deve estar atenta ao aparecimento da doença e suas diferentes manifestações clínicas, pois dependem da resposta do sistema imunológico do organismo atingido, podendo se manifestar após um longo período de incubação. Os agentes comunitários de saúde são peças fundamentais das equipes de programa da saúde da família. Tendo maior contato com a população, devem saber suspeitar se uma das pessoas visitadas pode ter hanseníase e, conhecendo como se faz pelo menos a suspeição, terão condições de encaminhá-la ao médico e/ou enfermeiro, que são sua primeira referência.

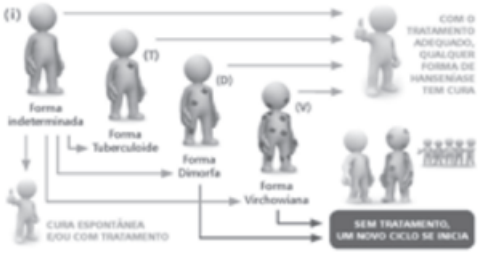
Quadro 1. Sinais e Sintomas

DERMATOLÓGICOS	manchas, pápulas, placas, nódulos outros.	
NEUROLÓGICOS	dor/espessamento dos nervos, diminuição/perda de sensibilidade e da força muscular nos olhos, mãos e pés.	
SISTÊMICOS	mal estar, febre, dor, Acometimento de órgãos: globo ocular, fígado, baço, linfonodos e testículos.	

Evolução e classificação da Hanseníase

O aparecimento da doença e suas diferentes manifestações clínicas dependem da resposta do sistema imunológico do organismo atingido e podem ocorrer após um longo período de incubação, em média de 2 a 7 anos. Nem todos os casos contaminados evoluem para doentes e a forma inicial pode evoluir para cura espontânea, mesmo sem tratamento.

Figura 2. Evolução e Classificação da Hanseníase



A classificação operacional do caso de hanseníase, visando ao tratamento com Poliquimioterapia (PQT) é baseado no número de lesões cutâneas de acordo com os seguintes critérios:

- Paucibacilar (PB) – casos com até 5 lesões de pele.
- Multibacilar (MB) - casos com mais de 5 lesões de pele.

Quadro 2. Formas Clínicas e Classificação Operacional

Classificação Operacional	Formas Clínicas
Paucibacilares (PB) – poucos bacilos *(Até 5 lesões)*	Indeterminada (MHI)
	Tuberculóide (MHT)
Multibacilares (MB) - Muitos bacilos *(Mais de 5 lesões)*	Dimorfa (MHD)
	Virchowiana (MHV)

Reações Hansênicas

São intercorrências agudas que ocorrem por manifestação do sistema imunológico do paciente. Aparecem no início da doença, durante o tratamento e após a alta. Não exige a suspensão ou reinício da Poliquimioterapia (PQT).

1. Reação Tipo I ou Reação Reversa - mediada por células (imunidade celular). Caracteriza-se pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite). Pode ocorrer antes de iniciar o tratamento, em alguns casos surgem após a conclusão do tratamento e, raramente, após 5 anos da alta medicamentosa.

2. Reação tipo II ou Eritema Nodoso Hansênico – Mediada por anticorpos (imunidade humoral). Apresenta nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de febre, dores articulares e mal-estar generalizado, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite). Súbito aparecimento de lesões papulosas (placas ou nodulares, eritematosas), febre, mal-estar geral, enfartamento ganglionar doloroso generalizado e podem supurar (eritema nodoso necrotizante). Observada nas formas virchowiana e dimorfa, geralmente durante os três primeiros anos após o início da poliquimioterapia, embora também possa ocorrer antes do seu início ou até cinco anos após seu término.

Diagnóstico da Hanseníase

O diagnóstico de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, baseado na história, nas condições de vida do indivíduo e no exame dermatoneurológico.

No acolhimento e suspeição diagnóstica, o enfermeiro deverá identificar lesões ou áreas de pele com diminuição ou perda da sensibilidade há mais de 3 meses, comprometimento de nervos periféricos e alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas.

Quadro 3. Diagnóstico clínico

Consulta de Enfermagem: - Anamnese: História Epidemiológica; sinais e sintomas; duração e evolução das lesões. - Avaliação dermatoneurológica: Pesquisa de sensibilidade nas lesões de pele (térmica, dolorosa e tátil); Palpação de troncos nervosos; Avaliação da força muscular. - Ações de educação e comunicação em saúde - Encaminhar para consulta médica.

Tratamento

É ambulatorial, utilizando-se os esquemas terapêuticos padronizados, combinação de medicamentos seguros e eficazes (PQT/OMS). De acordo com a classificação operacional, uma dose mensal é administrada na unidade de saúde (dose supervisionada) e as demais doses autoadministradas (pelo paciente em sua moradia). O esquema de tratamento depende da forma clínica da doença (PB ou MB), da idade

da pessoa com hanseníase e da sua tolerância ao medicamento.

Quadro 4. Tratamento

Esquema Terapêutico Paucibacilar: 6 cartelas

Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada. Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e uma dose diária de 100 mg autoadministrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada. Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e uma dose diária de 50 mg autoadministrada.

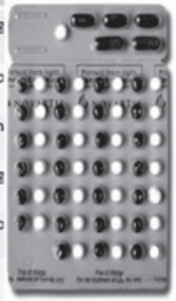
Duração: 6 doses.
Seguimento: comparecimento mensal para dose supervisionada.
Critério de alta: o tratamento estará concluído com seis (6) doses supervisionadas em até 9 meses.
Na 6ª dose: os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.



Esquema Terapêutico Multibacilar: 12 cartelas

	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
Adulto	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e uma dose diária de 100 mg autoadministrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50 mg autoadministrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada. Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e uma dose diária de 50 mg autoadministrada. Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg autoadministrada em dias alternados.

Duração: 12 doses.
Seguimento: comparecimento mensal para dose supervisionada.
Critério de alta: o tratamento estará concluído com seis (12) doses supervisionadas em até 18 meses.
Na 12ª dose: os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.



Após a confirmação diagnóstica do caso de hanseníase, o enfermeiro deverá prosseguir com o acompanhamento do caso até após a alta por cura.

Quadro 5. Ações do Enfermeiro Após Confirmação Diagnóstica

1ª Consulta de Enfermagem:
- Realizar anamnese e exame físico com avaliação dermatoneurológica e registrar na Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada **(Formulário 2).**
- Administrar a dose supervisionada e fornecer a auto-administrada.
- Orientar sobre a realização de exames complementares: hemograma, TGO, TGP, bilirrubinas (direta e indireta), glicemia de jejum e exame parasitológico de fezes.
- Encaminhar para outras especialidades, se necessário: fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, oftalmologia, serviço social, dentre outras.
- Agendar e avaliar os contatos intradomiciliares.
-Realizar atividades de educação em saúde: orientações para o auto cuidado, sobre episódios reacionais, efeitos colaterais dos hansenostáticos.

Consultas subseqüentes:
- Realizar anamnese e exame físico com avaliação dermatoneurológica e registrar na Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada de 3/3 meses.
- Investigar possíveis sinais e sintomas de efeitos colaterais da PQT e/ou reação hansênica.
- Suspender PQT e encaminhar para consulta médica em casos de reações adversas à PQT.
- Encaminhar para consulta médica em caso de reação hansênica.
-Supervisionar a tomada da dose mensal da PQT e fornecer as doses diárias auto-administradas.
- Agendar consulta de retorno para 28 dias a contar da dose supervisionada.
- Monitorar o comparecimento do paciente e proceder à busca de casos faltosos.

Vigilância e exame dos contatos

Vigilância de Contatos – conjunto de medidas que objetivam a intervenção na cadeia de transmissão no espaço mais provável de sua ocorrência.

Quadro 6. Vigilância e Exame dos Contatos

Consulta de Enfermagem:
- Anamnese e exame físico do contato com avaliação dermatoneurológica.
- Preencher na Ficha de Notificação (SINAN) o nº de contatos registrados e atualizar no Boletim de acompanhamento o número de contatos avaliados.
- Ações de educação e comunicação em saúde
- Avaliação da cicatriz vacinal do BCG.
- Recomendação de vacina BCG de acordo com o exame e esquema abaixo:

Avaliação da cicatriz vacinal	Conduta
Sem cicatriz	Prescrever uma dose
Com uma cicatriz de BCG	Prescrever uma dose
Com duas cicatrizes de BCG	Não prescrever nenhuma dose

Avaliação do grau de incapacidade

No momento do diagnóstico de um caso de hanseníase, é fundamental avaliar o grau de incapacidade física, a integridade da função neural e o estado reacional do paciente.

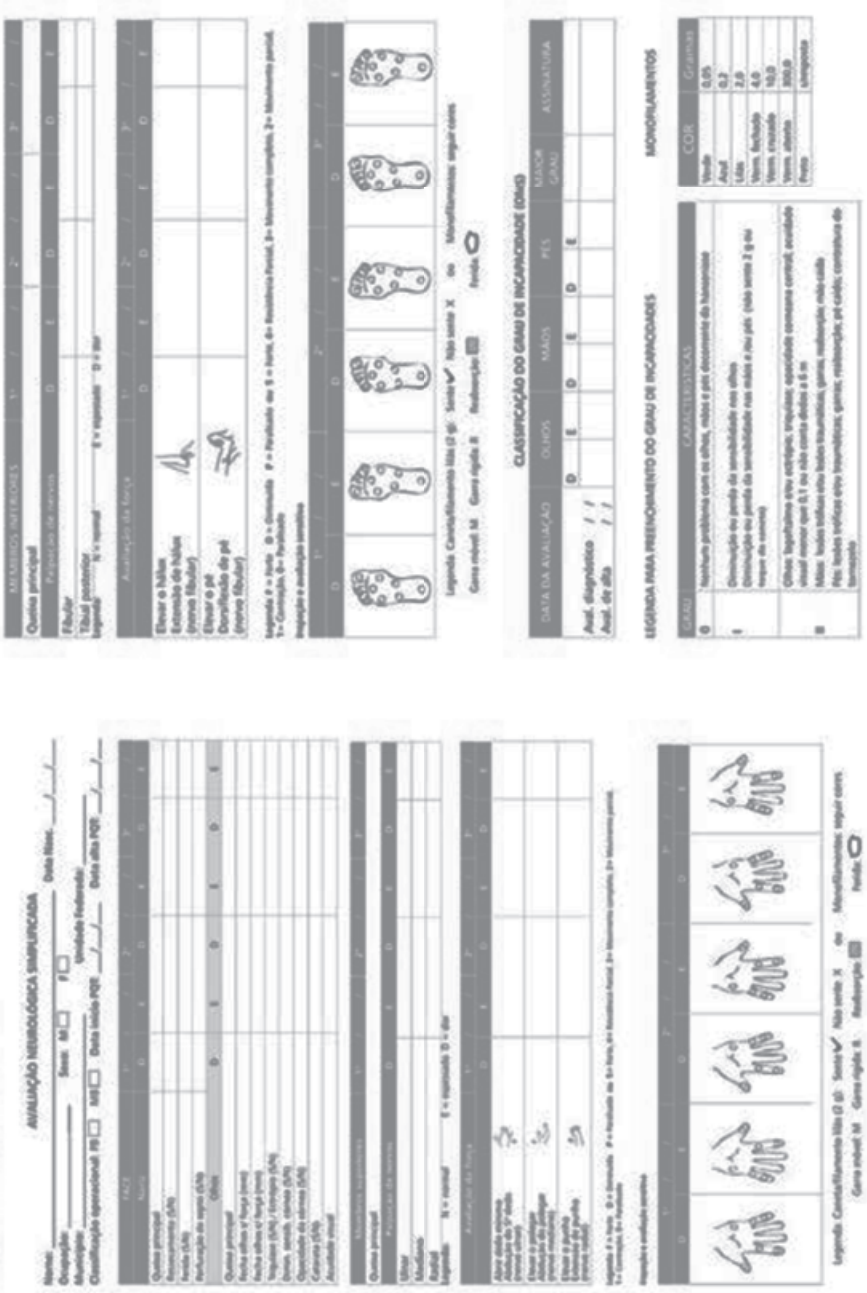
Realizado no diagnóstico e na alta, permite-se classificar e prevenir as incapacidades físicas e detectar existência de deformidades visíveis como: lagoftalmo, úlceras, garras, reabsorções, pé caído, mão caída e outros.

Graus	Olhos Sinais e/ou sintomas	D	E	Mãos Sinais e/ou sintomas	D	E	Pés Sinais e/ou sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade corneana			Diminuição ou perda da sensibilidade (não sente 2 g ou toque da caneta)			Diminuição ou perda da sensibilidade (não sente 2 g ou toque da caneta)		
2	Lagoftalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou traumáticas			Lesões tróficas e/ou traumáticas		
	Triquíase			Garras			Garras		
	Opacidade corneana			Reabsorção			Pé caído		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não contar dedos a 6 metros			Mão caída			Reabsorção		
							Contratura do tornozelo		
Maior grau				Maior grau			Maior grau		

Avaliação Neurológica Simplificada

Consiste na avaliação da integridade da função neural da face, membros superiores e inferiores. É realizada através de testes de sensibilidade, força muscular e palpação de nervos periféricos, permite monitoração e registro, visa evitar incapacidades físicas. Realizada no início do tratamento, após 3/3 meses e na alta.

Formulário 2. Avaliação Neurológica Simplificada



Ações de prevenção de incapacidades físicas realizadas pelo enfermeiro

Quadro 6. Ações de prevenção de incapacidades físicas realizadas pelo Enfermeiro

GRAU DE INCAPACIDADE ZERO	CONDUTA
Nenhum problema com olhos mãos e pés no momento do diagnóstico	Avaliar o grau de incapacidade: • PB e MB - no diagnóstico, de 3/3 meses e na alta; Fazer orientação para o autocuidado durante o tratamento PQT e pós alta; • Observar sinais e sintomas de estados reacionais e neurites; • Inspecionar olhos, mãos e pés; Fazer avaliação dermatoneurológica no momento da dose supervisionada mensal. Encaminhar pacientes com reações hansênicas, neurites e outras alterações de mãos, pés e olhos para o nível secundário.

Quadro 7. Ações de prevenção de incapacidades físicas realizadas pelo Enfermeiro

GRAU 1 DE INCAPACIDADE	CONDUTA
Diminuição ou ausência de sensibilidade em: • CÓRNEA (não responde ao toque com fio dental) •MÃOS (não responde ao monofilamento de 2,0g - lilás) • PÉS (não responde ao monofilamento de 4,0g – vermelho fechado)	Fazer avaliação e monitoramento sensitivo e motor. Prescrever, orientar e observar o uso de material de proteção como óculos, boné, luvas antitérmicas. Fazer orientação e demonstração para o autocuidado: • Inspecionar olhos, mãos e pés. • Hidratar e lubrificar a pele. • Observar sinais e sintomas de reações e neurites. • Usar colírio. • Usar material de proteção para olhos, mãos e pés. Prescrever Creme de Uréia a 10%, 2 a 3 vezes ao dia, uso externo. Prescrever Óleo Mineral, 2 a 3 vezes ao dia, uso externo. Prescrever vaselina salicilada para aplicar nas áreas de calosidade, 1 a 2 vezes ao dia.

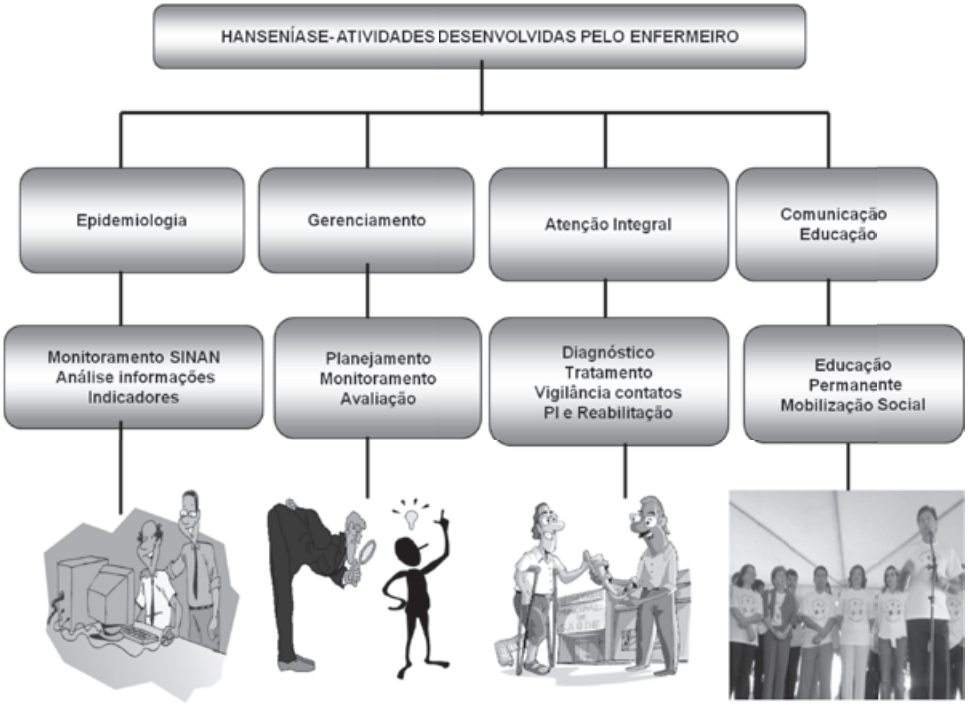
Quadro 8. Ações de prevenção de incapacidades físicas realizadas pelo Enfermeiro

GRAU 2 DE INCAPACIDADE	CONDUTA
Lagoftalmo ectrópio entrópio	Prescrever colírio e óculos • Orientar e demonstrar autocuidados/ Exercícios / Lubrificar com colírio; • Usar óculos para proteção noturna e diurna; Encaminhar para terapia ocupacional / Fazer acompanhamento
Triquíase	Retirar os cílios voltados para o globo ocular, sempre que necessário Orientar e demonstrar autocuidado: • Inspecionar os olhos/ Comparecer à US em caso de irritação ocular, crescimento de cílios / Encaminhar para terapia ocupacional e oftalmologia
Opacidade corneana	Encaminhar para o oftalmologista.
Úlceras e lesões traumáticas em mãos	Prescrever medidas de proteção nas atividades do cotidiano, trabalho e lazer. Orientar e demonstrar autocuidado / Fazer curativo.
Garras em mãos.	Orientar a realização de exercícios em caso de garra móvel / terapeuta ocupacional.
Mão caída	Avaliar condição neural: em caso de neurite encaminhar para o médico urgente. Monitorar o uso do corticóide / Encaminhar para terapeuta ocupacional.
Lesões traumáticas em pés	Encaminhar para terapeuta ocupacional. Avaliar e orientar quanto ao calçado adequado. / Realizar curativo. Prescrever medidas de proteção para as atividades de vida diária e laborativa. Orientar e demonstrar autocuidados.
Úlcera plantar (mal perfurante plantar) Úlceras superficiais	Avaliar o calçado/ orientar calçado adequado Encaminhar para terapeuta ocupacional / Realizar curativo
Pé caído	Avaliar condição neural: em caso de neurite encaminhar para o médico urgente. Monitorar o uso do corticoesteróide / Encaminhar para terapeuta ocupacional.
Garras em pés	Orientar a realização de exercício.(garra móvel) Encaminhar para terapeuta ocupacional.

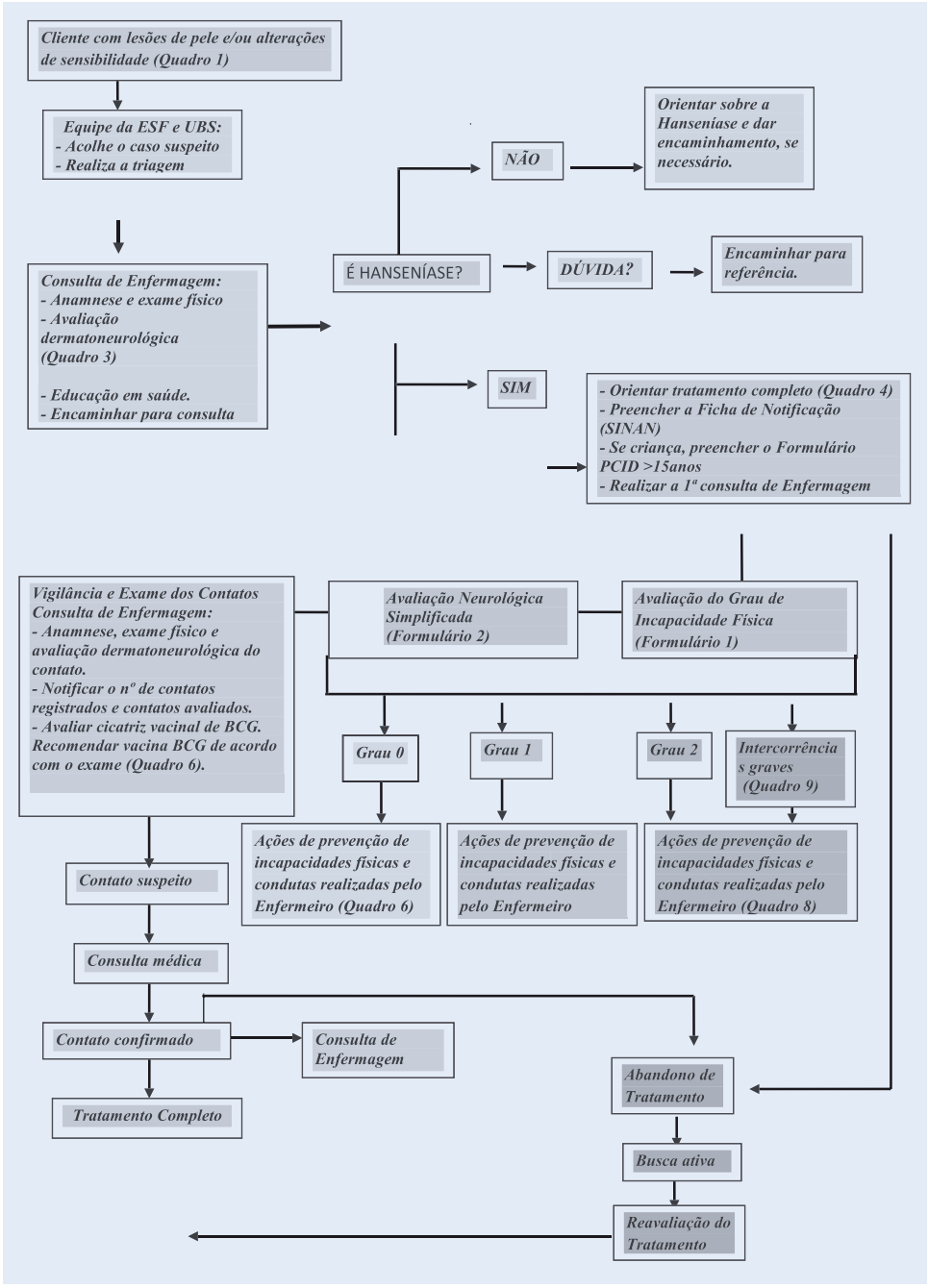
O enfermeiro deverá estar atento para as intercorrências que poderão ocorrer antes, durante e após o tratamento com poliquimioterapia.

Quadro 9. Intercorrências graves

Reação Hansênica	Neurite	Efeito Adverso à PQT
- Inflamação súbita de manchas preexistentes - Aparecimento súbito de nódulos vermelhos e doloridos, ulcerações -Piora do quadro geral com febre, mal-estar, mialgia e adenomegalia -Dor e vermelhidão nos olhos - Edema de mãos, pernas, pés e face.	- Dor aguda em nervos de face, mãos e pés - Piora da sensibilidade de mãos e pés - Perda súbita da força muscular em face, mãos e pés - Diminuição súbita da acuidade visual Obs. A neurite pode acompanhar a reação hansênica	- Cianose de extremidades - Sintomas parecidos com a gripe após a dose supervisionada - Icterícia - Náuseas e vômitos incontroláveis - Pele apresentando edema, eritema, vesículas, bolhas, descamação.
Consulta de Enfermagem **Encaminhar ao médico com urgência**		



Protocolo de enfermagem para atenção ao portador de Hanseníase


Cliente com lesões de pele e/ou alterações de sensibilidade (Quadro 1)
Equipe da ESF e UBS:
- Acolhe o caso suspeito
- Realiza a triagem
Consulta de Enfermagem:
- Anamnese e exame físico
- Avaliação dermatoneurológica (Quadro 3)
- Educação em saúde.
- Encaminhar para consulta
É HANSENÍASE?
NÃO
Orientar sobre a Hanseníase e dar encaminhamento, se necessário.
DÚVIDA?
Encaminhar para referência.
SIM
- Orientar tratamento completo (Quadro 4)
- Preencher a Ficha de Notificação (SINAN)
- Se criança, preencher o Formulário PCID >15anos
- Realizar a 1ª consulta de Enfermagem
Vigilância e Exame dos Contatos Consulta de Enfermagem:
- Anamnese, exame físico e avaliação dermatoneurológica do contato.
- Notificar o nº de contatos registrados e contatos avaliados.
- Avaliar cicatriz vacinal de BCG. Recomendar vacina BCG de acordo com o exame (Quadro 6).
Avaliação Neurológica Simplificada (Formulário 2)
Avaliação do Grau de Incapacidade Física (Formulário 1)
Grau 0
Grau 1
Grau 2
Intercorrências graves (Quadro 9)
Ações de prevenção de incapacidades físicas e condutas realizadas pelo Enfermeiro (Quadro 6)
Ações de prevenção de incapacidades físicas e condutas realizadas pelo Enfermeiro
Ações de prevenção de incapacidades físicas e condutas realizadas pelo Enfermeiro (Quadro 8)
Contato suspeito
Consulta médica
Contato confirmado
Consulta de Enfermagem
Tratamento Completo
Abandono de Tratamento
Busca ativa
Reavaliação do Tratamento

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle da hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: DNDS/NUTES, 1989.

OPROMOLLA, D. V. A. Noções de hansenologia.Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 1981.

OPS/OMS. Lepra al dia: situacion de la eliminación dela lepra en algunos paises de la America Latina. Boletin Eliminación de la Lepra de las Ameritas, n. 9, nov. 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Hanseníase no Brasil: dados e indicadores selecionados. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2009.

OMS, Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas). / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase.

GOIÁS, Secretaria de Estado da Saúde. Relatório de Gestão 2012. Serviço de Informação (SINAN).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica / - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Vigilância em Saúde. 2ª Ed. Brasília, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 21. Hanseníase. p. 66–100.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase: Situação epidemiológica. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1466. Acesso em: 01 jul. 2013.

Rio de Janeiro (RJ). Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. Protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde / 2012. 119p.

13 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À RAIVA HUMANA

Maria Aparecida Silva[1]
Claci Fátima Weirich Rosso[2]

Introdução

O presente protocolo tem por objetivo prestar atendimento à vítima (paciente) de agressão por animal envolvendo a participação de mamíferos classificados de **alto risco** (morcego de qualquer espécie), **médio risco** (cães, gatos, bovinos, bubalinos, equídeos, caprinos, ovinos, suínos, entre outros) e de **baixo risco** (roedores em geral) de transmissão do vírus rábico.

Considera-se vítima (paciente) de agressão por animal mamífero toda pessoa que der entrada na Unidade de Saúde com história de agressão na qual houve algum contato direto com a saliva do animal por meio da lambedura, arranhadura e/ou mordedura.

A raiva é uma encefalite viral aguda, transmitida por mamíferos. Todos os mamíferos são considerados fontes de infecção para o vírus e, portanto, podem transmiti-lo ao homem.

Sobre o protocolo de atendimento de enfermagem na profilaxia da raiva humana

Este protocolo, expressa orientações para a aplicação na profilaxia da raiva humana, com o uso da Vacina de Cultivo Celular - VCC, hoje, utilizada no Brasil. Tal instrumento trata dos esquemas atualmente recomendados para vacinas de cultivo celular que apresentam menos eventos adversos neurológicos e maior facilidade operacional. Essa modalidade de vacina, produzida em cultura de células, substituiu a *Fuenzalida & Palacios,* a qual foi disponibilizada na rede pública desde 2003 por serem consideradas as mais seguras e potentes.

Condutas no atendimento

A profilaxia da raiva humana, segundo as orientações do Ministério da Saúde no Brasil, deve ser feita sob três perspectivas: na Pré-exposição, Exposição e na Reexposição.

Situações de pré-exposição ao vírus rábico

A profilaxia pré-exposição deve ser indicada para pessoas com risco de exposição *permanente* ao vírus da raiva, durante atividades ocupacionais exercidas por profissio-

[1]Enfermeira, mestre, Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

[2]Enfermeira, doutora, Faculdade de Enfermagem, Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás

nais como:

- médicos veterinários e biólogos
- auxiliares e demais funcionários de laboratório de virologia e anatomopatologia para raiva
- estudantes de Veterinária, Biologia e Agrotécnica
- pessoas que atuam no campo da captura, vacinação, identificação e classificação de mamíferos passíveis de portarem o vírus, bem como funcionários de zoológicos
- pessoas que desenvolvem trabalho de campo (pesquisas, investigações ecoepidemiológicas) com animais silvestres
- espeleólogos, guias de ecoturismo, pescadores e outros profissionais que trabalham em áreas de risco

A profilaxia pré-exposição apresenta as seguintes vantagens

- protege contra a exposição inaparente
- simplifica a terapia pós-exposição, eliminando a necessidade de imunização passiva e diminui o número de doses da vacina
- desencadeia resposta imune secundária mais rápida (*booster*), quando iniciada a pós-exposição

Em caso de título insatisfatório, aplicar uma dose de reforço e reavaliar a partir do 14º dia após o reforço.

Importante

- Deve-se fazer o controle sorológico anual dos profissionais que se expõem, permanentemente, ao risco de infecção do vírus da raiva, administrando-se uma dosede reforço sempre que os títulos forem inferiores a 0,5 UI/ml. Repetir a sorologia a partir do 14º dia após a dose de reforço.
- Em caso de esquema Pré-exposição, devem-se completar as doses da VCC, mantendo os intervalos, conforme esquema recomendado e não reiniciar nova série.

Quadro 1. Profilaxia pré-exposição ao vírus rábico com uso da VCC

Esquema Pré-exposição	**Dias de aplicação**	**Via de administração, dose e local de aplicação**	**Controle sorológico: a partir do 14º dia, após a última dose do esquema**
3 (três) doses	Aplicar uma dose nos dias: 0, 7 e 28	a) Intramuscular profunda, utilizando dose completa, no músculo deltoide ou vasto lateral da coxa. ***Não aplicar no glúteo*** b) Intradérmica*, 0,1ml na inserção do músculo deltoide, utilizando-se seringas de 1ml e agulhas hipodérmicas curtas	***Observaçõesa respeito do controle sorológico:*** a) interpretação do resultado: são considerados satisfatórios títulos deanticorpos > 0,5UI/ml. Em caso de título insatisfatório, isto é, < 0,5 UI/ml, aplicar uma dose completa de reforço, pela via intramuscular e reavaliar novamente a partir do 14º dia após a aplicação

Fonte: Manual do Ministério da Saúde, Brasil, 2011.

* Só deve ser usada tal via, se houver pessoal capacitado para realizá-la (ver Manual).

No Quadro 2, estão indicados os procedimentos a serem adotados para pessoas que receberam esquema de pré-exposição, anteriormente,e que, acidentalmente, se expuseram ao risco de infecção pelo vírus da raiva e tenham a indicação de esquema profilático de pós-exposição.

Quadro 2. Conduta em caso de possível exposição ao vírus da raiva em pacientes que receberam esquema de pré-exposição

SOROLOGIA COMPROVADA POR TITULAÇÃO	ESQUEMA
Com comprovação sorológica (título maior ou igual a 0,5 UI/ml)	✓ Aplicar uma dose nos dias zero e outra no dia 3 até completar duas doses. ✓ Não indicar soro
Sem comprovação sorológica	✓ Verificar o *Quadro 3*, considerar como esquema anterior incompleto

Fonte: Adaptado do Manual do Ministério da Saúde, Brasil, 2011.

Situações de exposição ao vírus rábico (seguir Fluxograma 1 e condutas indicadas abaixo)

Quadro 3. Profilaxia com uso da VCC em situações de exposição ao vírus rábico

Condições do Animal Agressor **Tipo de Exposição**	**Cão ou Gato sem suspeita de Raiva no momento da Agressão**	**Cão ou Gato clinicamente suspeito de Raiva no momento da Agressão**	**- Cão ou Gato raivoso, desaparecido ou morto, - Animais silvestres[5] (inclusive os domiciliados) - Animais domésticos de interesse econômico ou de produção**
✓ Contato indireto	✓ Lavar com água e sabão ✓ Não tratar	✓ Lavar com água e sabão ✓ Não tratar	✓ Lavar com água e sabão ✓ Não tratar

✓ Acidentes Leves ✓ Ferimentos superficiais pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos e polpas digitais e planta dos pés); podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha ou dente; ✓ Lambedura de pele com lesões superficiais	✓ Lavar com água e sabão. ✓ Observar o animal durante 10 dias após a exposição[1] ✓ Se o animal permanecer sadio, após o período de observação, encerrar o caso ✓ Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, administrar uma série de cinco doses de vacina (sendo uma nos dias 0, 3, 7, 14 e 28) ✓ Orientar o paciente.	✓ Lavar com água e sabão ✓ Iniciar o tratamento com duas doses da vacina, sendo uma no dia zero e outra no dia 3 ✓ Observar o animal durante 10 dias após a exposição[1] ✓ Se a suspeita de raiva for descartada após o 10° dia de observação, suspender o tratamento e encerrar o caso ✓ Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar a série de até cinco doses. Sendo que uma dose deve ser aplicada entre o 7° e o 10° dia e outra dose nos dias 14 e 28. ✓ Orientar o paciente	✓ Lavar com água e sabão ✓ Iniciar imediatamente o tratamento com uma série de cinco doses de vacina, devendo ser administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28 ✓ Orientar o paciente

✓ Acidentes Graves ✓ Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital e/ou planta do pé ✓ Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo; ✓ Lambedura de mucosas; ✓ Lambedura de pele na qual já existe lesão grave ✓ Ferimento profundo causado por unha de gato.	✓ Lavar com água e sabão ✓ Observar o animal durante 10 dias após a exposição[1/2] ✓ Iniciar o tratamento com duas doses, sendo uma no dia zero e outra no dia 3. ✓ Se o animal permanecer sadio, após o período de observação de dez dias, encerrar o caso. ✓ Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, dar continuidade ao seguinte tratamento: ✓ Administrar o soro[3/4](SAR). ✓ Completar a série de cinco doses da vacina, sendo que uma dose deve ser aplicada entre o 7° e o 10° dia e outra nos dias 14 e 28. ✓ Orientar o paciente.	✓ Lavar com água e sabão. ✓ Iniciar o tratamento com soro[3] (SAR) ✓ Iniciar o tratamento com uma série de cinco doses de vacina, sendo uma dose nos dias 0, 3, 7, 14 e 28. ✓ Observar o animal durante 10 dias após a exposição ✓ Se a suspeita de raiva for descartada após o 10° dia de observação, suspender o tratamento e encerrar o caso ✓ Orientar o paciente	✓ Lavar com água e sabão ✓ Iniciar imediatamente o tratamento com soro[3] (SAR) ✓ Iniciar o tratamento com uma série de cinco doses de vacina, sendo uma dose nos dias 0, 3, 7, 14 e 28 ✓ Orientar o paciente

Fonte: Manual do Ministério da Saúde, Brasil, 2011.

Atenção Redobrada

1- É necessário orientar o paciente para que ele notifique imediatamente a unidade de

saúde se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, uma vez que podem ser necessárias novas intervenções de forma rápida, como a aplicação do soro ou o prosseguimento do esquema de vacinação.

2- E preciso avaliar, sempre, os hábitos do cão e do gato e os cuidados recebidos. Podem ser dispensadas do esquema profilático as pessoas agredidas pelo cão ou gato que, com certeza, não têm risco de contrair a infecção rábica. Por exemplo, animais que vivem dentro do domicílio (exclusivamente); não tenham contato com outros animais desconhecidos; que somente saem à rua acompanhados dos seus donos e que não circulem em área com a presença de morcegos. Em caso de dúvida, iniciar o esquema de profilaxia indicado. Se o animal for procedente de área de raiva controlada, não é necessário iniciar o esquema. Manter o animal sob observação e só iniciar o esquema indicado (soro + vacina) se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso.

3. O soro deve ser infiltrado na(s) porta(s) de entrada. Quando não for possível infiltrar toda a dose, aplicar o máximo possível e a quantidade restante, a menor possível, aplicar pela via intramuscular, podendo ser utilizada a região glútea. Sempre aplicar em local anatômico diferente do que foi aplicada a vacina. Quando as lesões forem muito extensas ou múltiplas, a dose pode ser diluída, o menos possível, em soro fisiológico, para que todas as lesões sejam infiltradas.

4. Nos casos em que não se conhece tardiamente a necessidade do uso do soro antirrábico ou, quando não há soro disponível no momento, aplicar a dose recomendada antes da aplicação da 3ª dose da vacina de cultivo celular. Após esse prazo, o soro não é mais necessário.

5. Nas agressões por morcegos, deve-se indicar a sorovacinação, independentemente, da gravidade da lesão ou indicar conduta de reexposição.

Os critérios para inclusão ou exclusão da vítima na profilaxia da Raiva Humana deve-se observar:

1- Características do ferimento - local da lesão, profundidade da lesão, extensão e número de lesões **(Quadro 3).**

De acordo com os critérios acima estabelecidos, as exposições podem ser classificadas:**Acidentes Leves ou Acidentes Graves (Quadro 3).**

2- Condições do animal agressor

Cão e Gato -*a*s características da doença em cães e gatos, como período de incubação, transmissão e quadro clínico, são bem conhecidas e semelhantes. Por isso, esses animais são analisados em conjunto. Em caso de acidente com esses animais é necessário avaliar:

2.1 - *O estado de saúde do animal no momento da agressão*:avaliar se o animal estava sadio ou se apresentava sinais sugestivos de raiva. A maneira como ocorreu o aciden-

te pode fornecer informações sobre seu estado de saúde. O acidente provocado (por exemplo, o animal que reage em defesa própria, a estímulos dolorosos ou outras provocações) geralmente indica reação normal do animal, enquanto que a agressão espontânea (sem causa aparente) pode indicar alteração do comportamento e sugere que o animal pode estar acometido de raiva. Lembrar que o animal, também, pode agredir devido a sua índole ou adestramento.

2.2 -*A possibilidade de observação do animal por 10 dias:* se o animal estiver sadio no momento do acidente, é importante que ele seja mantido em observação por 10 dias. Nos cães e gatos, o período de incubação da doença pode variar de alguns dias a anos, mas, em geral, são cerca de 60 dias. No entanto, a excreção de vírus pela saliva, ou seja, o período em que o animal pode transmitir a doença, só ocorre a partir do final do período de incubação, *variando entre dois e cinco dias antes do aparecimento dos sinais clínicos*, persistindo até sua morte, que ocorre em até cinco dias após o início dos sintomas. Por isso, o animal deve ser observado por 10 dias. Portanto, se em todo esse período (dez dias) permanecer vivo e saudável, não há riscos de transmissão do vírus.

2.3- A procedência do animal: é necessário saber se a região de procedência do animal é área de raiva controlada ou não controlada.

2.4-Os hábitos de vida do animal: o animal deve ser classificado como domiciliado ou não domiciliado. Animal domiciliado é o que vive exclusivamente dentro do domicílio, não tem contato com outros animais desconhecidos e só sai à rua acompanhado do seu dono. Desse modo, esses animais podem ser classificados como de baixo risco em relação à transmissão da raiva. Ao contrário, aqueles animais que passam longos períodos fora do domicílio, sem controle, devem ser considerados como animais de risco, mesmo que tenham proprietário e tenham recebido vacinas, o que geralmente só ocorre nas campanhas de vacinação.

Animais Silvestres

Animais silvestres como morcego de qualquer espécie, micos (sagui ou soim, como é mais conhecido em algumas regiões), macaco, raposa, guaxinim, quati, gambá, roedores silvestres etc. devem ser classificados como animais de risco, mesmo que domiciliados e/ou domesticados, haja vista que, nesses animais, a raiva não é bem conhecida.

Nota: Vários relatos na literatura mostram que o risco de transmissão do vírus pelo morcego é muito alto, independentemente da espécie e da gravidade do ferimento. Por isso, todo acidente com morcego deve ser classificado como grave.

Animais Domésticos de Interesse Econômico ou de Produção

Animais domésticos de produção ou de interesse econômico (bovinos, bubalinos, equídeos, caprinos, ovinos, suínos e outros) também são animais de risco. É importante conhecer o tipo, a frequência e o grau do contato ou exposição que os tratadores e

outros profissionais têm com esses animais e a incidência de raiva na região para avaliar, também, a indicação de esquema de predisposição ou de pós-exposição.

Animais de Baixo Risco

Os seguintes roedores e lagomorfos (urbanos ou de criação) são considerados como de baixo risco para a transmissão da raiva e, por isso, não é necessário indicar esquema profilático da raiva em caso de acidentes causados por esses animais:

→ Ratazana de esgoto (*Rattus norvegicus*)
→ Rato de telhado (*Rattus rattus*)
→ Camundongo (*Mus musculus*)
→ Cobaia ou porquinho-da-índia (*Cavea porcellus*)
→ Hamster (*Mesocricetus auratus*)
→ Coelho (*Oryetolagus cuniculus*)

Observação Válida para Todos os Animais de Risco

Sempre que possível, coletar amostra de tecido cerebral e enviar para o laboratório de referência. O diagnóstico laboratorial é importante tanto para definir a conduta em relação ao paciente quanto para conhecer o risco de transmissão da doença na área de procedência do animal. Se o resultado for negativo, o esquema profilático não precisa ser indicado ou, caso tenha sido iniciado, pode ser suspenso.

Nota: Todas as características descritas anteriormente são fundamentais para determinar a indicação ou não da profilaxia de raiva humana, de acordo com os esquemas descritos no **Quadro 3.**

Situações de reexposição ao vírus rábico vacina

Pessoas (vítimas) com risco de Reexposição ao vírus da raiva, que já tenham recebido esquema de Exposição devem ser tratadas novamente de acordo com as indicações do Quadro 4.

Quadro 4. Esquemas de reexposição com uso de Vacina de Cultivo Celular (VCC)

ESQUEMA ANTERIOR	ESQUEMA DE REEXPOSIÇÃO – CULTIVO CELULAR ESQUEMA– CULTIVO CELULAR
Completo	a) até 90 dias: não realizar esquema profilático b) após 90 dias: duas doses, uma no dia zero e outra no dia 3
Incompleto*	a) até 90 dias: completar o número de doses b) após 90 dias: ver esquema de pós-exposição (conforme o caso)

*Não considerar o esquema anterior, se o paciente recebeu número menor de doses do

referido nas notas acima.

Atenção redobrada

1. Em caso de reexposição, com história de esquema anterior completo, não é necessário administrar o soro antirrábico (homólogo ou heterólogo). No entanto, o soro poderá ser indicado se houver dúvidas ou,conforme a análise de cada caso, exceto nos pacientes imunodeprimidos que devem receber, sistematicamente, soro e vacina. Para esses casos, recomenda-se que, ao final do esquema, seja realizada a avaliação sorológica após o 14º dia da aplicação da última dose.
2. Devem ser avaliados, individualmente, os pacientes que receberam muitas doses de vacina, como os que receberam o esquema completo de pós-vacinação e vários esquemas de reexposição. O risco de reações adversas às vacinas aumenta com o número de doses aplicadas. Nesses casos, se possível, deve-se solicitar a avaliação sorológica do paciente. Se o título de anticorpos neutralizantes – AcN for igual ou maior a 0,5 UI/ml não é necessário indicar profilaxia da raiva humana ou, caso tenha sido iniciado, pode ser suspenso.

Informações para o uso da Vacina de Cultivo Celular (VCC)

São vacinas potentes e seguras, produzidas em cultura de células (diploides humanas, células vero, células de embrião de galinha etc.) e apresentadas sob a forma liofilizada, acompanhadas de diluente. Devem ser conservadas em geladeira, fora do congelador, na temperatura entre + 2ºC e + 8ºC, até o momento de sua aplicação, observando-se o prazo de validade do fabricante.

Quando utilizada pela via intradérmica, a vacina, depois de reconstituída, tem que ser mantida na temperatura entre + 2ºC e + 8ºC e desprezada em, no máximo, 8 horas após sua reconstituição.

Dose e via de aplicação

- Via intramuscular: são apresentadas na dose 0,5 ml e 1 ml, dependendo do fabricante (verificar embalagem e/ou lote). A dose indicada pelo fabricante *não depende* da idade ou do peso do paciente. A aplicação intramuscular deve ser profunda, na região do deltoide ou vasto lateral da coxa. Em crianças até 2 anos de idade, está indicado o vasto lateral da coxa.
- Via intradérmica: a dose da via intradérmica é de 0,1 ml. Deve ser aplicada em locais de drenagem linfática, geralmente nos braços, na inserção do músculo deltoide.

A vacina não deve ser aplicada na região glútea.

Contraindicação

A vacina não tem contraindicação, devido à gravidade da doença, que apresenta letalidade de aproximadamente 100%. Sempre que possível, recomenda-se a interrupção do tratamento com corticoides e/ou imunossupressores ao ser iniciado o esquema

de vacinação. Não sendo possível, tratar a pessoa como imunodeprimida.

Precauções

Em situação de eventos adversos neurológicos ou de hipersensibilidade grave, após reavaliação da necessidade da manutenção do esquema profilático, a vacina deve ser substituída por outra que não contenha albumina humana (disponível nos centros de referência de imunobiológicos). Na impossibilidade de troca da vacina, administrá-la sob tratamento específico prévio. Diferenciar os eventos neurológicos dos de hipersensibilidade.

Eventos adversos

As vacinas contra a raiva, produzidas em meios de cultura, são seguras, porém, quando ocorrem, são de pouca gravidade. Deve-se ficar atento a possíveis reações de maior gravidade, principalmente, neurológicas ou de hipersensibilidade.

Conduta clínica

- avaliação
- tratamento com analgésico (se necessário)
- compressas frias (se necessário)
- não há contraindicação para doses subsequentes
- afastar outros diagnósticos diferenciais

Informações para o uso do Soro Antirrábico Heterólogo (SAR)

Soro Heterólogo

O soro deve ser conservado em geladeira, entre +2ºC e +8ºC, observando-se o prazo de validade do fabricante.

A dose indicada é de 40 UI/kg de peso do paciente. *Deve-se infiltrar na(s) lesão(ões) a maior quantidade possível da dose do soro.* Quando as lesões forem muito extensas ou múltiplas, a dose pode ser diluída, o menos possível, em soro fisiológico, para que todas as lesões sejam infiltradas. Caso a região anatômica não permita a infiltração de toda a dose, a quantidade restante, *a menor possível, deve ser aplicada por via intramuscular, na região glútea.*

Quando não se dispuser do soro ou de sua dose total, aplicar a parte disponível. Iniciar imediatamente a vacinação e administrar o restante do soro recomendado *antes da aplicação da 3a dose da vacina de cultivo celular.* Após esse prazo, o soro não é mais necessário.

O uso do soro não é necessário quando o paciente recebeu esquema profilático completo. No entanto, em situações especiais, como no caso de pacientes imunodeprimidos ou de dúvidas com relação ao esquema profilático anterior, se houver indicação, o soro deve ser recomendado.

Eventos Adversos

Os soros produzidos atualmente são seguros, mas podem causar eventos adversos, como ocorre com qualquer imunobiológico. As reações mais comuns são benignas, fáceis de tratar e apresentam boa evolução. A possibilidade de ocorrência dessas reações *nunca* contraindica a prescrição do soro. Os eventos adversos que podem ocorrer após administração do soro heterólogo são os seguintes:

- Manifestações locais:dor, edema, hiperemia e, mais raramente, abscesso. São as manifestações mais comuns, normalmente de caráter benigno.
- Manifestações gerais: urticária, tremores, tosse, náuseas, dor abdominal, prurido e rubor facial.
- Manifestações imediatas:choque anafilático. É uma manifestação rara que pode ocorrer nas primeiras 2 horas após a aplicação. Os sintomas mais comuns são formigamento nos lábios, palidez, dispneia, edemas, exantemas, hipotensão e perda de consciência.
- Manifestações tardias:ocorrem com mais frequência até a segunda semana após a aplicação do soro, podendo surgir desde edema e eritema no local de aplicação do soro até inflamações ganglionares.

Atenção: Com o conhecimento existente na literatura disponível e pela experiência acumulada, é possível inferir que o teste de sensibilidade ao soro heterólogo tem valor preditivo baixo e, por isso, não é indicado. A conduta mais importante antes da administração do soro é o interrogatório rigoroso sobre os antecedentes do paciente, avaliando:

- ocorrência e gravidade de quadros anteriores de hipersensibilidade
- uso prévio de imunoglobulinas de origem equídea
- existência de contatos frequentes com animais, principalmente, com equídeos, nos casos de contato profissional (veterinários) ou por lazer

Conduta frente à administração do SAR Heterólogo

Em caso de resposta afirmativa a um dos itens citados quanto aos eventos adversos, classificar o paciente como de risco e considerar a possibilidade de substituição do soro heterólogo pelo soro homólogo (imunoglobina humana hiperimune antirrábica), se disponível. Caso não haja disponibilidade de soro homólogo, aconselha-se a prémedicação do paciente antes da aplicação do soro heterólogo.

Antes da administração do soro heterólogo, aconselha-se sempre a seguinte rotina, para qualquer paciente:

1. Garantir bom acesso venoso, mantendo-o com soro fisiológico a 0,9% (gotejamento lento)
2. Dentro das possibilidades, é conveniente deixar preparado:

- laringoscópio com lâminas e tubos traqueais adequados para o peso e a idade

- frasco de soro fisiológico e/ou solução de Ringer lactado
- solução aquosa de adrenalina (preparada na diluição de 1:1000) e de aminofilina (10 ml = 240 mg)

Atenção

1. Após receber o soro, o paciente deverá ser observado pelo prazo de 2 horas na unidade.

2. A aplicação do soro antirrábico heterólogo deverá ser realizada de 20 a 30 minutos após a aplicação da pré-medicação acima (esquema parenteral).

3. As medicações, pela via parenteral, deverão ser administradas 20 a 30 minutos antes do soro heterólogo.

Atenção equipe de enfermagem

O SAR heterólogo somente deve ser administrado no paciente mediante a:

- presença do médico na Unidade de Saúde no momento da aplicação
- condições de reanimação do paciente com todo aparato emergencial, incluindo equipamentos e medicações disponíveis ao lado do paciente
- auxiliares e técnicos de enfermagem capacitados para realização de tal procedimento

Recomendações

- Administrar a dose total do soro recomendada até sete dias do início da vacinação.
- Quando a dose total do soro não estiver disponível, administrar, inicialmente, a parte existente e o restante da dose recomendada até sete dias do início da vacinação.
- Quando o soro não estiver disponível, iniciar, imediatamente, a administração da vacina enquanto se providencia o soro.
- Na administração do soro e da vacina, utilizar diferentes músculos do corpo.

Durante a aplicação do soro, o profissional deve:

- Estar atento à ocorrência de eventos adversos imediatos.
- Orientar a pessoa para relatar qualquer sintoma importante.
- Manter a pessoa sob permanente observação, com soro fisiológico via endovenosa, fazendo controle dos sinais vitais.
- Observar sinais de inquietação, dificuldade respiratória, edema no local da administração e outros.

Após a aplicação do soro o profissional de saúde deve:

- Continuar atento à ocorrência de eventos adversos imediatos, mantendo a pessoa sob observação por, pelo menos, duas horas.
- Orientar a pessoa ou seu acompanhante sobre questões específicas e sobre o retorno, quando for o caso, para complementar esquema de tratamento adotado.
- Alertar a pessoa para procurar o serviço de saúde caso apareça qualquer reação, principalmente, entre o sétimo e o 12º dia após o recebimento do soro, como doença do soro, febre, urticária, dores musculares, aumento de gânglios, etc.

Imunoglobulina Humana Hiperimune Antirrábica (IGHAR - Soro Homólogo)

A imunoglobulina humana hiperimune antirrábica, uma solução concentrada e purificada de anticorpos, preparada a partir de hemoderivados de indivíduos imunizados com antígeno rábico, é um produto mais seguro que o soro antirrábico, porém de produção limitada e, por isso, de baixa disponibilidade e alto custo. Deve ser conservada entre + 2°C e + 8°C, protegida da luz, observando-se o prazo de validade do fabricante.

A imunoglobulina deve ser indicada somente para pacientes que se enquadram em um dos itens abaixo:

- ocorrência de quadros anteriores de hipersensibilidade
- uso prévio de imunoglobulinas de origem equídea
- existência de contatos frequentes com animais, principalmente, com equídeos, por exemplo, nos casos de contato profissional (veterinários) ou por lazer

A dose indicada é de 20UI/kg. *Deve-se infiltrar a maior quantidade possível na(s) lesão(ões).* Quando as lesões forem muito extensas ou múltiplas, a dose indicada pode ser diluída, o menos possível, em soro fisiológico, para que todas as lesões sejam infiltradas. Caso a região anatômica não permita a infiltração de toda a dose, a quantidade restante, a menor possível, deve ser aplicada por via intramuscular, na região glútea.

Notas

- A imunoglobulina humana hiperimune antirrábica (soro homólogo) está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – Cries do Programa de Imunizações das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.
- Os eventos adversos ao soro antirrábico humano (heterólogo ou homólogo) devem ser investigados e notificados ao sistema de vigilância de eventos adversos do Programa Estadual de Imunizações da Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal.

Bases gerais da profilaxia da raiva humana

1. A profilaxia contra a raiva humana deve ser iniciada o mais precocemente possível.

2. Sempre que houver indicação, tratar o paciente em qualquer momento, *independentemente* do tempo transcorrido entre a exposição e o acesso à unidade de saúde.

3. A história vacinal do animal agressor *não* constitui elemento suficiente para a dispensa da indicação do esquema profilático da raiva humana.

4. Havendo abandono do esquema profilático, completar as doses da vacina prescritas anteriormente e não iniciar nova série.

5. Recomenda-se que o paciente evite esforços físicos excessivos e bebidas alcoólicas durante e logo após a profilaxia da raiva humana.

6. Embora não se tenha, no Brasil, vacina antirrábica de vírus vivo, em caso de acidente por esse tipo de vacina, o paciente deve receber esquema profilático completo (soro + vacina).

7. Em caso de acidente por vacina antirrábica animal de vírus inativado, não há recomendação de esquema profilático da raiva humana.
8. Não se indica o uso de soro antirrábico para os pacientes considerados imunizados por esquema profilático anterior, exceto nos casos de pacientes imunodeprimidos ou em caso de dúvidas sobre o tratamento anterior.
9. Nos casos de pacientes imunodeprimidos, usar, obrigatoriamente, o esquema de soro-vacinação, independentemente do tipo de acidente e mesmo se o paciente tiver histórico de esquema profilático anterior. *Conferir na literatura se realmente há indicação.*
10. Nos casos em que se conhece só tardiamente a necessidade do uso do soro antirrábico ou, quando não há soro disponível no momento, aplicar a dose de soro recomendada antes da aplicação da 3ª dose da vacina de cultivo celular. Após esse prazo, o soro não é mais necessário.
11. Não se deve consumir produtos de origem animal (carne, leite) suspeitos de raiva. Se ocorrer, não há indicação de esquema profilático para raiva humana. Não há relatos de caso de raiva humana transmitida por essa via.

Sobre o ferimento

1. Lavar imediatamente o ferimento com água corrente, sabão ou outro detergente. Em seguida, utilizar antissépticos que inativem o vírus da raiva (polivinilpirrolidona-iodo, por exemplo, povidine ou digluconato de clorexidina ou álcool-iodado). Essas substâncias deverão ser utilizadas uma única vez, na primeira consulta. Posteriormente, lavar a região com solução fisiológica.
2. Havendo contaminação da mucosa com saliva, outras secreções ou tecidos internos de animal suspeito de ter raiva, seguir o esquema profilático indicado para lambedura da mucosa. A mucosa ocular deve ser lavada com solução fisiológica ou água corrente.
3. O contato indireto é aquele que ocorre por meio de objetos ou utensílios contaminados com secreções de animais suspeitos. Nesses casos, indica-se apenas lavar bem o local com água corrente e sabão.
4. Em casos de lambedura da pele íntegra por animal suspeito, recomenda-se lavar o local com água e sabão.
5.Não se recomenda a sutura do(s) ferimento(s). Quando for absolutamente necessário, aproximar as bordas com pontos isolados. Havendo necessidade de aproximar as bordas, o soro antirrábico, se indicado, deverá ser infiltrado *uma hora antes da sutura.*

Medidas de educação em saúde

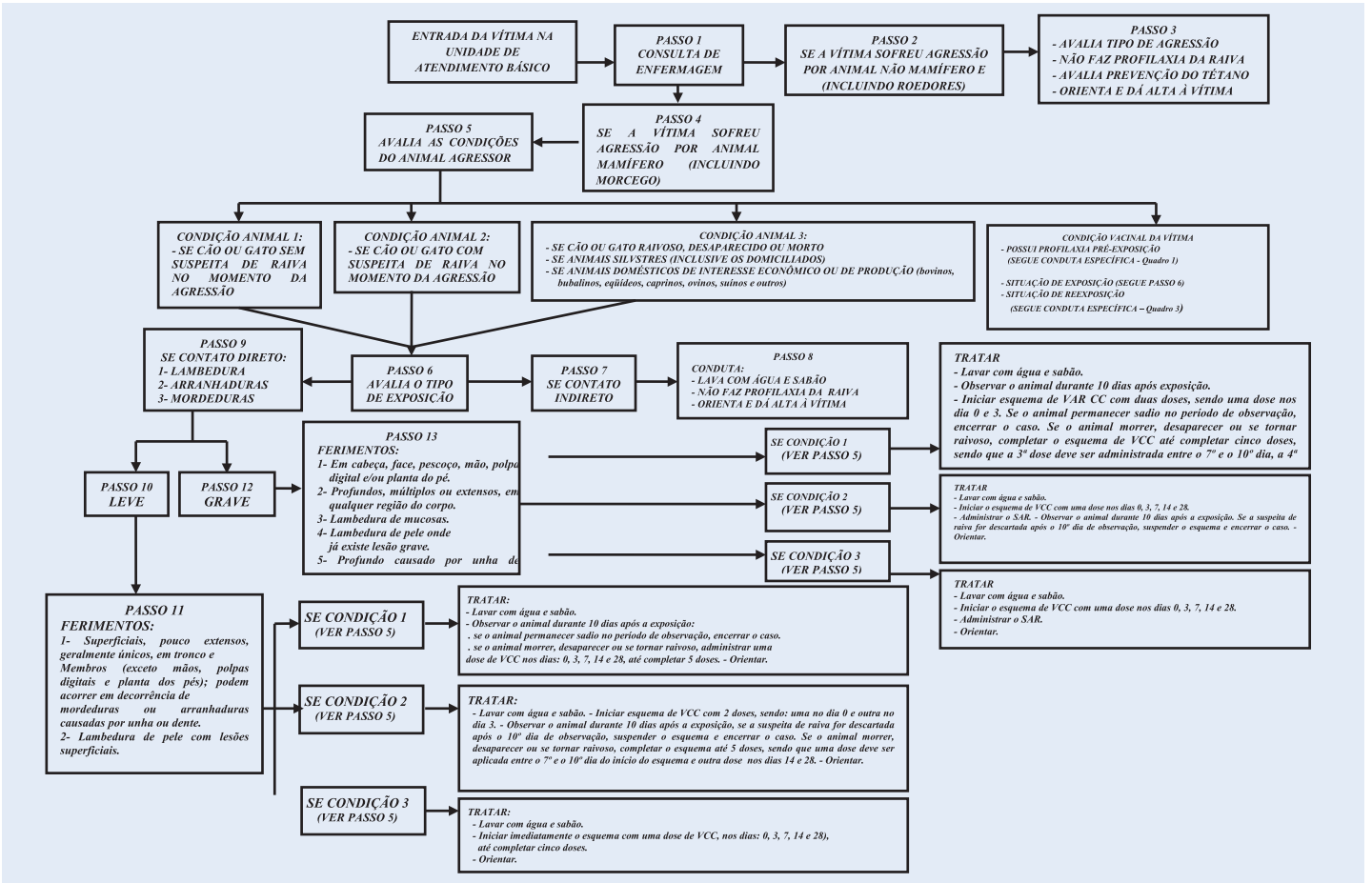
Orientar o processo educativo no programa de eliminação da raiva urbana e no de controle da raiva canina, tendo como ferramentas básicas a participação e a comunicação social, devendo ser, necessariamente, envolvidos serviços e profissionais de

saúde, escolas, proprietários de animais de estimação e população em geral.

- Estimular a posse responsável de animais.
- Desmistificar a castração dos animais de estimação.
- Adotar medidas de informação/comunicação que levem a população a reconhecer a gravidade de qualquer tipo de exposição a um animal; a necessidade de atendimento imediato; as medidas auxiliares que devem ser adotadas às pessoas que foram expostas e/ou agredidas e identificar os sintomas de um animal suspeito.
- Divulgar os serviços existentes, desmitificando simultaneamente o tratamento profilático antirrábico humano, estimulando a responsabilidade do paciente com o cumprimento do esquema indicado, visando à diminuição do abandono e risco de ocorrência de casos.
- Não valorizar a proteção ao cão errante.
- Estimular a imunização antirrábica animal.

Referências

FIgura 1. Fluxograma de Atendimento na Profilaxia da Raiva Humana na Unidade Básica de Saúde


ENTRADA DA VÍTIMA NA UNIDADE DE ATENDIMENTO BÁSICO
PASSO 1 CONSULTA DE ENFERMAGEM
PASSO 2 SE A VÍTIMA SOFREU AGRESSÃO POR ANIMAL NÃO MAMÍFERO E (INCLUINDO ROEDORES)
PASSO 3 - AVALIA TIPO DE AGRESSÃO - NÃO FAZ PROFILAXIA DA RAIVA - AVALIA PREVENÇÃO DO TÉTANO - ORIENTA E DÁ ALTA À VÍTIMA
PASSO 4 SE A VÍTIMA SOFREU AGRESSÃO POR ANIMAL MAMÍFERO (INCLUINDO MORCEGO)
PASSO 5 AVALIA AS CONDIÇÕES DO ANIMAL AGRESSOR
CONDIÇÃO ANIMAL 1: - SE CÃO OU GATO SEM SUSPEITA DE RAIVA NO MOMENTO DA AGRESSÃO
CONDIÇÃO ANIMAL 2: - SE CÃO OU GATO COM SUSPEITA DE RAIVA NO MOMENTO DA AGRESSÃO
CONDIÇÃO ANIMAL 3: - SE CÃO OU GATO RAIVOSO, DESAPARECIDO OU MORTO - SE ANIMAIS SILVESTRES (INCLUSIVE OS DOMICILIADOS) - SE ANIMAIS DOMÉSTICOS DE INTERESSE ECONÔMICO OU DE PRODUÇÃO (bovinos, bubalinos, eqüídeos, caprinos, ovinos, suínos e outros)
CONDIÇÃO VACINAL DA VÍTIMA - POSSUI PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (SEGUE CONDUTA ESPECÍFICA - Quadro 1) - SITUAÇÃO DE EXPOSIÇÃO (SEGUE PASSO 6) - SITUAÇÃO DE REEXPOSIÇÃO (SEGUE CONDUTA ESPECÍFICA – Quadro 3)
PASSO 6 AVALIA O TIPO DE EXPOSIÇÃO
PASSO 7 SE CONTATO INDIRETO
PASSO 8 CONDUTA: - LAVA COM ÁGUA E SABÃO - NÃO FAZ PROFILAXIA DA RAIVA - ORIENTA E DÁ ALTA À VÍTIMA
TRATAR - Lavar com água e sabão. - Observar o animal durante 10 dias após exposição. - Iniciar esquema de VAR CC com duas doses, sendo uma dose nos dia 0 e 3. Se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso. Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema de VCC até completar cinco doses, sendo que a 3ª dose deve ser administrada entre o 7º e o 10º dia, a 4ª
PASSO 9 SE CONTATO DIRETO: 1- LAMBEDURA 2- ARRANHADURAS 3- MORDEDURAS
PASSO 10 LEVE
PASSO 12 GRAVE
PASSO 13 FERIMENTOS: 1- Em cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital e/ou planta do pé. 2- Profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo. 3- Lambedura de mucosas. 4- Lambedura de pele onde já existe lesão grave. 5- Profundo causado por unha de
SE CONDIÇÃO 1 (VER PASSO 5)
SE CONDIÇÃO 2 (VER PASSO 5)
SE CONDIÇÃO 3 (VER PASSO 5)
TRATAR - Lavar com água e sabão. - Iniciar o esquema de VCC com uma dose nos dias 0, 3, 7, 14 e 28. - Administrar o SAR. - Observar o animal durante 10 dias após a exposição. Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o esquema e encerrar o caso. - Orientar.
TRATAR - Lavar com água e sabão. - Iniciar o esquema de VCC com uma dose nos dias 0, 3, 7, 14 e 28. - Administrar o SAR. - Orientar.
PASSO 11 FERIMENTOS: 1- Superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e Membros (exceto mãos, polpas digitais e planta dos pés); podem acorrer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha ou dente. 2- Lambedura de pele com lesões superficiais.
SE CONDIÇÃO 1 (VER PASSO 5)
SE CONDIÇÃO 2 (VER PASSO 5)
SE CONDIÇÃO 3 (VER PASSO 5)
TRATAR: - Lavar com água e sabão. - Observar o animal durante 10 dias após a exposição: . se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso. . se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, administrar uma dose de VCC nos dias: 0, 3, 7, 14 e 28, até completar 5 doses. - Orientar.
TRATAR: - Lavar com água e sabão. - Iniciar esquema de VCC com 2 doses, sendo: uma no dia 0 e outra no dia 3. - Observar o animal durante 10 dias após a exposição, se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o esquema e encerrar o caso. Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema até 5 doses, sendo que uma dose deve ser aplicada entre o 7º e o 10º dia do início do esquema e outra dose nos dias 14 e 28. - Orientar.
TRATAR: - Lavar com água e sabão. - Iniciar imediatamente o esquema com uma dose de VCC, nos dias: 0, 3, 7, 14 e 28), até completar cinco doses. - Orientar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Raiva. In: Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: M. S., 2002, vol. 2.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Protocolo de tratamento da raiva humana no Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 40 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Normas técnicas de profilaxia da raiva humana. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____ Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Procedimentos para Administração de Soros - Parte IV. Brasília, DF: FUNASA, 2001.

COSTA, W. A. da. *et al.* Manual técnico - Profilaxia da raiva humana. 2. ed. São Paulo: Instituto Paster, 2000. (Manuais, 4). 33p.

COREN GOIÁS. Protocolo de enfermagem em atenção à saúde de Goiás. Goiânia, Goiás, COREN GOIÁS, 2010.

_____ Legislação do exercício profissional da enfermagem. Goiânia, Goiás, COREN GOIÁS, 2012.

14 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À DENGUE

Valdivina Mendes Pereira[1]
Wênia Carla Costa[2]

Introdução

Dengue é uma doença infecciosa febril aguda, que pode ser de curso benigno ou grave e de sua forma de apresentação.

O atual cenário epidemiológico do estado de Goiás, divulgado pela Secretaria Estadual de Saúde, com início no dia 1º de janeiro de 2014 até 10 de maio de 2014, mostra que até o momento o estado apresentou uma redução de 5,8% dos casos notificados em relação ao mesmo período do ano anterior e 12 óbitos confirmados.

No início deste ano, o Ministério da Saúde aderiu à nova classificação, atendendo aos critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde, sendo ela:

- Definição de caso suspeito de dengue**:** pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou que tenha a presença de *Ae. aegypti*, que apresente febre (usualmente entre 2 e 7 dias), além de apresentar duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos; exantema; mialgia, artralgia; cefaléia, dor retroorbital; petéquias ou prova do laço positiva; leucopenia. Considera-se também como caso suspeito toda criança proveniente ou residente em área com transmissão de dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre 2 a 7dias e sem foco de infecção aparente.
- Caso suspeito de dengue com sinais de alarme:todo caso de dengue que, no período defervescência da febre, apresentar um ou mais dos seguintes sinais de alarme: dor abdominal intensa e contínua ou dor à palpação do abdômen; vômitos persistentes; acumulação de líquidos (ascites, derrame pleural, pericárdico); sangramento de mucosas; letargia ou irritabilidade; hipotensão postural (lipotímia); hepatomegalia maior que 2 cm e aumento progressivo do hematócrito.
- Caso suspeito de dengue grave:todo caso de dengue que apresenta um ou mais dos seguintes resultados abaixo:

- Choque devido ao extravasamento grave de plasma evidenciado por taquicardia, extremidades frias e tempo de enchimento capilar igual ou maior a três segundos, pulso débil ou indetectável, pressão diferencial convergente menor ou igual a 20mmHg, hipotensão arterial em fase tardia, acumulação de líquidos com insuficiência respiratória.

[1]Enfermeira, especialista, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.
[2]Enfermeira, Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

- Sangramento grave, segundo avaliação do médico (exemplos: hematêmese, melena, metrorragia volumoso, sangramento do sistema nervoso central).
- Comprometimento grave de órgãos tais como: dano hepático importante (AST o ALT >1000), sistema nervoso central (alteração da consciência), coração (miocardite) ou outros órgãos.

A fim de respaldar e subsidiar a conduta dos profissionais de Enfermagem que prestam assistência ao usuário com suspeita de Dengue, garantindo à população um atendimento eficaz e de qualidade, o Coren-GO instituiu este protocolo, tendo como referência o Manual de Enfermagem: Dengue, elaborado pelo Ministério da Saúde em 2013 e a legislação do exercício profissional da enfermagem.

A equipe de enfermagem exerce um papel fundamental na detecção e acompanhamento dos casos suspeitos e na atualização constante do estadiamento clínico, buscando identificar precocemente sinais de agravamento e agir em consonância com o protocolo para evitar o óbito.

Cabe também ao profissional de Enfermagem orientar, realizar, encaminhar, coletar e registrar dados da forma mais detalhada possível no prontuário do paciente ou ficha de atendimento. Esses dados são necessários para o planejamento e a execução dos serviços de assistência de Enfermagem.

Exame físico e entrevista

Executados por enfermeiros, a entrevista e o exame físico são etapas essenciais da assistência de enfermagem. Por meio desses, busca-se avaliar o paciente por meio de sinais e sintomas detectando alterações.

Exame físico

No paciente com suspeita de dengue deve-se investigar:

a- Sistema nervoso
b- Segmento da pele: coloração de pele e mucosas e manifestações hemorrágicas
c-Sistema cardiopulmonar
d- Sinais de ICC
e- Segmento abdominal
f-Sistema musculoesquelético
g-Sistema genito-urinário e gastrointestinal

Entrevista

Deve-se investigar e registrar:

a- Data do início e cronologia dos sintomas
b- Histórico epidemiológico
c- Avaliar o estado hemodinâmico
d- Sinais de choque e sinais de alarme

e- Verificar pressão arterial
f- Verificar temperatura corporal e peso
g- Realizar prova do laço
h- Investigar situações que aumentam o risco de evolução desfavorável
i- Solicitar hemograma completo de acordo com o estadiamento clínico
j- Hidratação/Reposição volêmica (ver anexo)
k- Registrar no prontuário e/ou ficha de atendimento as condutas prestadas de enfermagem

Estadiamento clínico

Todas as pessoas com suspeita de dengue devem receber o primeiro atendimento na unidade que procurarem. Após a avaliação e conduta inicial, mesmo que o paciente seja encaminhado para outros serviços de Saúde, deve-se garantir o suporte de vida adequado para encaminhamento e prestar orientações quanto à rede assistencial.

Grupo A	Prova do laço negativa, sem sangramentos espontâneos, sem comorbidades, sem grupo de risco, sem condições clínicas especiais, sem risco social. **Ausência de sinais de alarme e sinais de choque.**
Grupo B	Prova do laço positiva ou sangramentos de pele espontâneos (petequias) ou com comorbidades, ou grupo de risco ou condições clínicas especial, ou risco social. **Ausência de sinais de alarme e sinais de choque.**
Grupo C	**Presença de um ou mais sinais de alarme.** Sem hipotensão.
Grupo D	**Hipotensão ou choque.**

Assistência de enfermagem

Condutas no Grupo A

a) Manter hidratação oral supervisionada com Soro de Reidratação Oral (SRO).
b) Reavaliar os pacientes durante a espera da consulta médica para possível reestadiamento.
c) Administrar medicamentos prescritos.
d) Orientar sobre os sinais e sintomas clássicos da dengue.
e) Orientar sobre a possibilidade de sangramento: petéquias, epistaxe, hemorragia conjuntival, gengivorragia, hematêmese, hematúria, melena ou enterorragia.
f) Orientar sobre a possibilidade da ocorrência de sinais de alarme e/ou sinais de choque e retorno imediato à unidade de saúde, caso esses surjam.

g) Orientar que a fase crítica da doença inicia na defervescência da febre, podendo surgir os sinais de alarme e/ou sinais de choque. Nesse caso, procurar a unidade de saúde imediatamente.
h) Agendar retorno para reavaliação clínica entre o terceiro e o sexto dia da doença (fase crítica) ou a critério médico.
i) Orientar hidratação oral no domicílio.
j) Prescrever analgésico e antitérmico por via oral, se necessário, conforme manual *Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico* – adulto e criança (BRASIL, 2011b), alertando para o risco da automedicação.
k) Orientar a contraindicação do uso de medicamentos anti-inflamatórios não hormonais (Cetoprofeno, Ibuprofeno, Diclofenaco, Nimesulida e outros) e fármacos com potencial hemorrágico.
l) Orientar sobre a necessidade de repouso relativo.
m) Solicitar e agendar exames específicos, conforme situação epidemiológica.
n) Confirmar o preenchimento do Cartão de Acompanhamento do Paciente com Suspeita de Dengue.
o) Orientar sobre a limpeza e a eliminação domiciliar dos criadouros do *Aedes aegypti*.
p) Certificar-se do preenchimento da Ficha de Notificação e Investigação (FNI) do caso suspeito de dengue.
q) Providenciar visita domiciliar dos agentes comunitários de Saúde (ACS) para acompanhamento dos pacientes febris e seus familiares em seu território de abrangência.
r) Registrar as condutas de enfermagem no prontuário e/ou ficha de atendimento e no Cartão de Acompanhamento do Paciente com Suspeita de Dengue.

As condutas para o Grupo A encontram-se descritas no fluxograma de classificação e manejo do paciente com suspeita de dengue.

ATENÇÃO!

Os antiagregantes plaquetários, como salicilatos e o clopidogrel, são contraindicados e não devem ser administrados, pois podem causar ou agravar sangramentos, assim como os anticoagulantes (ex.: varfarina). Os pacientes com prescrição médica de uso contínuo desses fármacos devem ser agendados e/ou orientados para avaliação médica.

Condutas no Grupo B

ATENÇÃO!

Todos os pacientes classificados nesse grupo deverão permanecer acomodados emcadeira/poltrona/leito para observação, enquanto aguardam resultado do hemogramae reavaliação clínica.

a) Solicitar, agilizar e realizar a colheita de sangue para o hemograma; e, em crianças até 10 anos, sugere-se manter o acesso venoso permeável com solução salina.
b) Administrar medicamentos prescritos.
c) Oferecer e manter hidratação oral supervisionada no máximo em quatro horas, enquanto aguarda o resultado dos exames, conforme fluxograma.
d) Verificar, no mínimo de 2 em 2 horas, a pressão arterial em duas posições,temperatura corporal e sinais de alarme, enquanto o paciente aguardaresultado do hematócrito.
e) Manter a observação sistemática para detecção precoce dos sinais de alarme, pesquisa de hemoconcentração e resposta à terapia de hidratação.
f) Reestadiar o paciente, de acordo com o resultado do hematócrito e avaliação clínica (exame físico), encaminhando-o para avaliação médica.
g) Hematócrito normal:seguir as condutas para o Grupo A, agendando retorno diário até 48h após a queda da febre ou imediatamente na presença de sinais de alarme para reavaliação clínica e laboratorial.
h) Hematócrito aumentado em mais de 10% do valor basalou, na ausência desse, de acordo com os valores de referência, continuar conduta do Grupo B.
i) Verificar sinais vitais (se possível, a PA em duas posições) a cada duas horas.
j) Manter a hidratação oral supervisionada ou venosa conforme prescrição.
k) Solicitar e colher hematócrito ao final da hidratação.
l) Reestadiar o paciente, de acordo com o resultado do hematócrito e avaliação clínica (exame físico), encaminhando-o para avaliação médica.
m) Hematócrito normal e paciente estável:seguir as condutas para o Grupo A, orientando retorno imediato na presença de sinais de alarme e/ou choque e agendando o retorno diário até 48 horas após a queda da febre.
n) Hematócrito aumentado ou paciente com sinais de alarme e/ou choque:seguir conduta dos grupos C ou D.
o) Em caso de remoção do paciente, garantir a hidratação venosa em curso.
p) Certificar-se do preenchimento da Ficha de Notificação e Investigação (FNI) do caso suspeito de dengue.
q) Providenciar visita domiciliar dos ACS para acompanhamento dos pacientes febris e seus familiares em seu território de abrangência.
r) Registrar as condutas de enfermagem no prontuário e/ou ficha de atendimento e no Cartão de Acompanhamento do Paciente com suspeita de dengue.

ATENÇÃO!

Em caso de vômitos e recusa da ingestão do soro oral, recomenda-se a administração da hidratação venosa, conforme prescrição médica.

Condutas no Grupo C

Todos os pacientes classificados nesse grupo deverão permanecer internados por no mínimo 48 horas.

a) Providenciar acesso venoso periférico calibroso imediatamente, de preferência na fossa antecubital.

b) Providenciar a reposição volêmica imediatamente (fase de expansão: 20 ml/kg/hora em duas horas, conforme prescrição médica).

c) Controlar rigorosamente o gotejamento da infusão venosa de 30 em 30 minutos.

ATENÇÃO!

A utilização de instrumentos para o controle rigoroso do gotejamento da infusão pode garantir o sucesso do tratamento instituído e prevenir complicações.

d) Solicitar e colher hematócrito ao final da primeira fase de expansão.

e) Verificar glicemia capilar.

ATENÇÃO!

Se o resultado da glicemia estiver ≤60 mg/dl e o paciente consciente oferecer uma fonte de glicose oral, comunicar ao médico.

f) Investigar sangramento, hematoma, equimose e sufusão hemorrágica nos locais de punção venosa, aplicando compressa fria, se necessário.

g) Reavaliar o paciente de hora em hora (frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial e perfusão periférica), descrevendo sinais e sintomas clínicos e laboratoriais.

h) Instituir controle de diurese e densidade urinária de 2 em 2 horas.

i) Instituir balanço hídrico.

j) Manter a segunda fase de expansão volêmica (20 ml/kg/hora, conforme prescrição médica) até a avaliação clínica e resultado do hematócrito da primeira fase.

k) Solicitar e colher hematócrito ao final da segunda fase de expansão.

l) Repetir a fase de expansão volêmica (20 ml/kg/hora, conforme prescrição médica), se não houver melhora clínica e do hematócrito.

m) Manter a terceira fase de expansão volêmica (20 ml/kg/hora, conforme prescrição médica) até a avaliação clínica e resultado do hematócrito da segunda fase.

n) Solicitar e colher hematócrito ao final da terceira fase de expansão.

o) Reestadiar o paciente (descrever os sinais e sintomas clínicos e laboratoriais) no final da terceira fase de expansão e encaminhá-lo para avaliação médica.

p) Iniciar a conduta do Grupo D se, após as três fases de expansão, não houver melhora clínica e do hematócrito.

q) Iniciar a fase de manutenção prescrita, conforme o manual Dengue: diagnóstico

e manejo clínico – adulto e criança (BRASIL, 2011b), caso haja melhora clínica e do hematócrito.

r) Realizar glicemia capilar de 4 em 4 horas.

s) Manter a avaliação clínica do paciente de 2 em 2 horas, durante a infusão da primeira fase de manutenção e após, de 4 em 4 horas.

t) Agilizar a realização de exames inespecíficos obrigatórios e específicos.

u) Manter em repouso relativo ou absoluto de acordo com a situação clínica.

v) Solicitar ao paciente e/ou acompanhante que mantenha a Enfermagem informada de novos sinais e sintomas.

w) Avaliar e registrar ocorrência de sangramentos ativos (localização e volume) e sinais de choque.

x) Administrar medicamentos prescritos.

y)Registrar as condutas de Enfermagem na guia de encaminhamento, ficha de atendimento e/ou prontuário.

z) Certificar-se do preenchimento da Ficha de Notificação e Investigação (FNI) do caso suspeito de dengue.

aa) Checar se o paciente preenche critérios de alta, conforme anexo.

ab) Orientar sobre o risco de infecção bacteriana pós-alta. Caso apresente, em até 72 horas, febre, desconforto respiratório, alteração neurológica e mal-estar geral, procurar a unidade de saúde imediatamente.

ATENÇÃO!

Há necessidade de vigilância contínua na presença de manifestações hemorrágicas, pois podem evoluir para hemorragia maciça.

As condutas para o Grupo C encontram-se descritas no fluxograma de classificação e manejo do paciente com suspeita de dengue. Tendo em vista o dinamismo da doença, manter monitoramento contínuo para reestadiamento do paciente, pois ele pode evoluir para piora clínica rapidamente (Grupo D).

Condutas no Grupo D

Todos os pacientes classificados nesse grupo devem ser atendidos, inicialmente, em qualquer nível de complexidade sendo obrigatória a reposição volêmica imediata, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência com leito de terapia intensiva.

Observação: Na ausência de médico na unidade, estabelecer contato com o serviço de Saúde para condução do caso.

a) Providenciar rapidamente dois acessos venosos periféricos calibrosos, preferencialmente nas veias antecubitais.

b) Realizar observação sistemática nos locais de punção venosa quanto ao sangramen-

to, ao descolamento da fixação, à infiltração, às sufusões hemorrágicas e à obstrução do cateter.

ATENÇÃO!

Na impossibilidade do acesso venoso periférico ou no tratamento do choque descompensado, recomendam-se a utilização da via intraóssea e/ou cateter venoso central de inserção periférica (PICC) por profissional habilitado.

c) Providenciar a reposição volêmica com solução salina isotônica imediatamente (fase de expansão: 20 ml/kg/hora em até 20 minutos, conforme prescrição médica).
d) Na ausência de melhora clínica e, conforme prescrição médica, repetir a fase de expansão em até três vezes com controle rigoroso do gotejamento das infusões.
e) Solicitar e colher hematócrito, após duas horas do início da fase de expansão.
f) Iniciar oxigenioterapia em todas as situações de choque (máscara, CPAP, cateter nasal, ventilação não invasiva), definindo a escolha em função da tolerância e da gravidade.
g) Monitorar a saturação de oxigênio, por meio de oximetria de pulso, acompanhando parâmetro mínimo em 96%.
h)Providenciar material e equipamento para ventilação artificial em função da gravidade do paciente.
i) Realizar a aspiração de secreções oronasofaríngeas e traqueais, se necessário, observando sinais de sangramento.
j) Agilizar a realização de exames complementares e obrigatórios.
k) Instituir balanço hídrico de 30 em 30 minutos.
l) Reavaliar clinicamente a cada 15 minutos e registrar: nível de consciência; frequência, ritmo e amplitude cardíaca (monitorização); frequência, ritmo e amplitude da respiração; perfusão periférica; PO2 (oximetria de pulso); pressão arterial e diurese (volume, coloração).
m) Aumentar a vigilância para pacientes que apresentem insuficiência cardíaca, insuficiência renal e hemofilia, bem como os que fazem uso de medicações como antiagregantes plaquetários e anticoagulantes. Esses pacientes evoluem rapidamente para maior gravidade e/ou óbito.
n) Observar e registrar sinais de descompensação de doenças crônicas.
o) Avaliar hemograma detectando precocemente hemoconcentração, plaquetopenia, tempo de ativação da protrombina (TAP), tempo de ativação parcial da tromboplastina (TTPA).
p)Hematócrito em ascensão e choque após hidratação adequada: instalar expansores plasmáticos (albumina e/ou coloides sintéticos), conforme prescrição médica.
q) Hematócrito em queda e paciente em choque:

• Suspeitar e inspecionar presença de hemorragias e sinais de hipovolemia (alteração do nível de consciência, hipotensão arterial, taquicardia, oligúria ou anúria).
• Investigar sinais clínicos que evidenciem a presença de coagulação vascular disseminada (CIVD).

ATENÇÃO!

O uso de concentrado de plaquetas poderá ser indicado nos casos de plaquetopenia menor de 50.000/mm3, com suspeita de sangramento do sistema nervoso central ou de locais de risco como sangramentos do trato gastrointestinal (hematêmese e enterorragia) e em caso de plaquetopenia inferior a 20.000/mm3, na presença de sangramentos ativos importantes.

r) Hematócrito em queda, paciente instável e sem sangramentos:investigar sinais que evidenciem hiper-hidratação e insuficiência cardíaca congestiva.
s) Hematócrito em queda, paciente estável e sem sangramentos:sinaliza melhora clínica, iniciar conduta do Grupo C, conforme prescrição médica.
t) Reavaliar o paciente após a estabilização do choque, de hora em hora: nível de consciência, sinais vitais, perfusão periférica, controle de diurese, balanço hídrico, sangramentos, edema, dor e sinais de alarme.
u)Administrar medicação, conforme prescrição médica: inotrópicos (dopamina, do butamina, milrinona), diuréticos, outros medicamentos e hemoterapia.
v) Utilizar a técnica em "Z" com aplicação prévia de gelo no local da punção, em caso de administração de medicamentos por via intramuscular.
w) Aplicar gelo no local da punção antes da administração de medicamentos por via subcutânea (ex.: insulina).
x) Registrar as condutas de Enfermagem na guia de encaminhamento, ficha de atendimento e/ou prontuário.
y) Certificar-se do preenchimento da Ficha de Notificação e Investigação (FNI) do caso suspeito de dengue.

ATENÇÃO!

Notificar/investigar todos os óbitos suspeitos de dengue, em até 24 horas. Nas unidades de saúde em que ocorreram óbitos, atentarem para o preenchimento do Protocolo de Investigação de Óbitos.

z) Realizar a comunicação terapêutica com paciente e família/acompanhante.

ATENÇÃO!

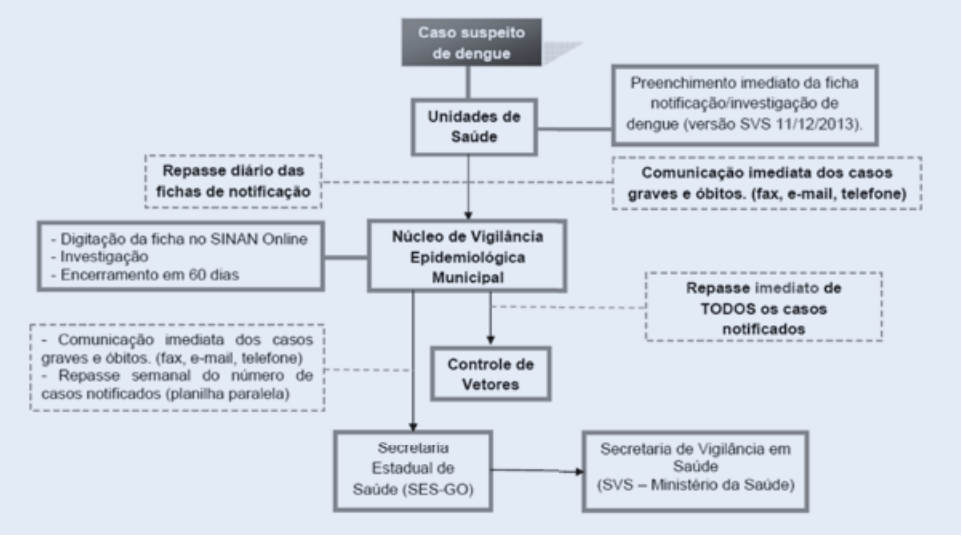
Pacientes dos grupos C e D podem apresentar edema subcutâneo generalizado e derrames cavitários pela perda capilar, o que não significa, a princípio, hiper-hidratação e que pode aumentar após hidratação satisfatória. O acompanhamento da reposição volêmica é feito pelo hematócrito, diurese e sinais vitais.

Vigilância epidemiológica

A notificação oportuna dos casos é medida essencial para que a vigilância seja capaz de acompanhar o padrão de transmissão da doença na área e a curva endêmica. A rápida coleta de informações nas unidades de saúde e a qualidade desses dados são essenciais para o desencadeamento oportuno de ações de controle e prevenção no nível local. Dessa forma, são fundamentais a boa comunicação entre as equipes dessas unidades, a vigilância epidemiológica e a entomológica, considerando a rápida disseminação da doença.

Assistência de Enfermagem na Vigilância Epidemiológica

- Notificar todo caso suspeito e enviar informação, conforme fluxo estabelecido.


Caso suspeito de dengue
Unidades de Saúde
Preenchimento imediato da ficha notificação/investigação de dengue (versão SVS 11/12/2013).
Repasse diário das fichas de notificação
Comunicação imediata dos casos graves e óbitos. (fax, e-mail, telefone)
- Digitação da ficha no SINAN Online
- Investigação
- Encerramento em 60 dias
Núcleo de Vigilância Epidemiológica Municipal
Repasse imediato de TODOS os casos notificados
- Comunicação imediata dos casos graves e óbitos. (fax, e-mail, telefone)
- Repasse semanal do número de casos notificados (planilha paralela)
Controle de Vetores
Secretaria Estadual de Saúde (SES-GO)
Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS – Ministério da Saúde)

- Orientar a identificação de casos suspeitos de dengue ao ACS e ACE e o procedimento de notificação imediata.
- Orientar a colheita de material para sorologia a partir do sexto dia, após o início dos sintomas e encaminhar ao laboratório de referência.
- Realizar o monitoramento viral, conforme rotina estabelecida pela vigilância epide-

miológica municipal.

• Investigar o caso para detectar o local provável de infecção.

• Encerrar oportunamente a investigação dos casos notificados (até 60 dias após a data de notificação).

• Analisar semanalmente os dados de sua área, acompanhando a tendência dos casos e verificando as variações entre as semanas epidemiológicas.

• Participar da investigação dos óbitos suspeitos de dengue.

• Consolidar os dados do território e produzir boletins mensais, disponibilizando informações para as unidades de saúde e usuários.

• Capacitar as equipes das unidades de saúde em vigilância epidemiológica.

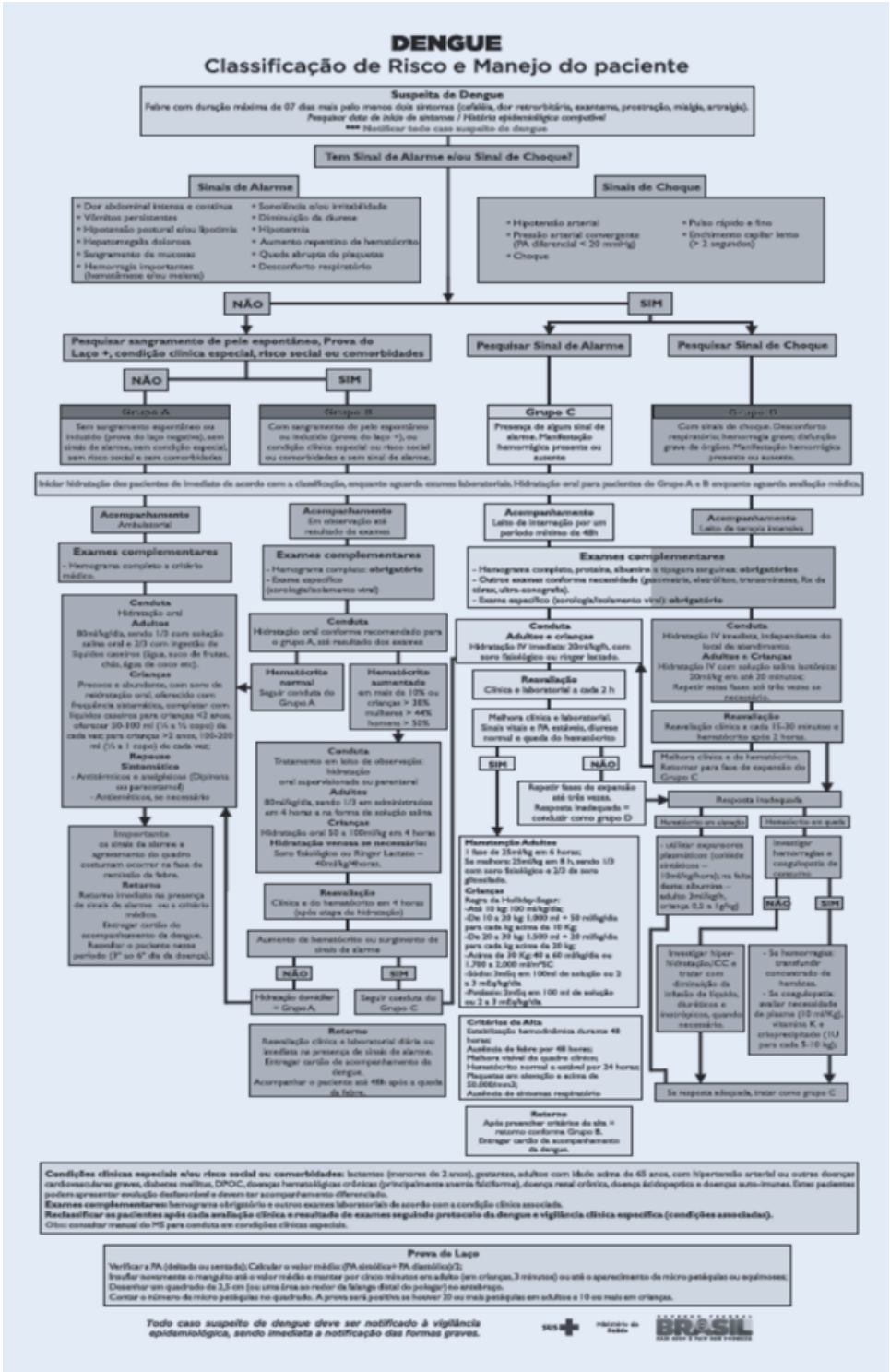
• Mapear diariamente as notificações de sua área de abrangência e as principais situações de risco de seu território, como os principais pontos de criadouros e pontos estratégicos (floriculturas, borracharias, bicicletarias), bem como os principais tipos de depósitos encontrados.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Dengue:manual de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde;Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Nota técnica nº 01/2014- GVEDT/SUVISA/SES-GO _ COORDENAÇÃO DE DENGUE. http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_574_BoletimASemanalASE19.pdf

Fluxograma


DENGUE
Classificação de Risco e Manejo do paciente
Suspeita de Dengue
Tem Sinal de Alarme e/ou Sinal de Choque?
Sinais de Alarme
Sinais de Choque
NÃO
SIM
Pesquisar sangramento de pele espontâneo, Prova do Laço +, condição clínica especial, risco social ou comorbidades
Pesquisar Sinal de Alarme
Pesquisar Sinal de Choque
Grupo A
Grupo B
Grupo C
Grupo D
Iniciar Hidratação dos pacientes de imediato de acordo com a classificação, enquanto aguarda exames laboratoriais. Hidratação oral para pacientes do Grupo A e B enquanto aguarda avaliação médica.
Acompanhamento
Exames complementares
Conduta
Retorno
Condições clínicas especiais e/ou risco social ou comorbidades:
Prova do Laço
Todo caso suspeito de dengue deve ser notificado à vigilância epidemiológica, sendo imediata a notificação das formas graves.

15 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO

Adacy Macedo Rocha[1]
Dalma Alves Pereira[2]
Kristina De Freitas Fernandes Santos[3]
Magna Maria De Carvalho[4]

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença multicausal, multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Representa o principal fator de risco cardiovascular. Sua prevenção e controle exigem diferentes abordagens multiprofissionais para o enfrentamento da doença e dos fatores de risco, como os hábitos alimentares inadequados, a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo, o uso excessivo de bebidas alcoólicas, o estresse e outros, objetivando alcançar mudança de comportamento, estilo de vida e aquisição de hábitos saudáveis.

A HAS é uma doença crônica, assintomática, com alta de prevalência e baixas taxas de controle e adesão, além de uma elevada carga de morbimortalidade. No Brasil, estima-se em torno de 30% a prevalência de hipertensão em adulto, sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública.

Define-se como Hipertensão Arterial Sistêmica, uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos adultos que não estão em uso de medicação anti-hipertensiva (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010).

Sabe-se que a atuação da equipe multiprofissional tem a vantagem de proporcionar ações diferenciadas, tais como: visão multidisciplinar do indivíduo, padronização do atendimento, troca de informações e conhecimentos, e com isso conseguir maior adesão dos pacientes hipertensos e melhores resultados no tratamento.

Diante das características da doença, a atuação da equipe multiprofissional no tratamento e controle da mesma tem como vantagem a atuação do enfermeiro na atenção à HAS; por sua visão e prática global das propostas de tratamento não medicamentoso e medicamentoso, pela sua atuação na abordagem individual e coletiva que, comprovadamente, tem alcançado resultados mais consistentes, além de

[1]Enfermeira, especialista, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
[2]Enfermeira, mestre, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás
[3]Enfermeira, especialista, Pontifícia Universidade Católica de Goiás
[4]Enfermeira, mestre, Secretaria de Estado de Saúde de Goiás

sua participação em praticamente todos os momentos do contato dos pacientes com a unidade.

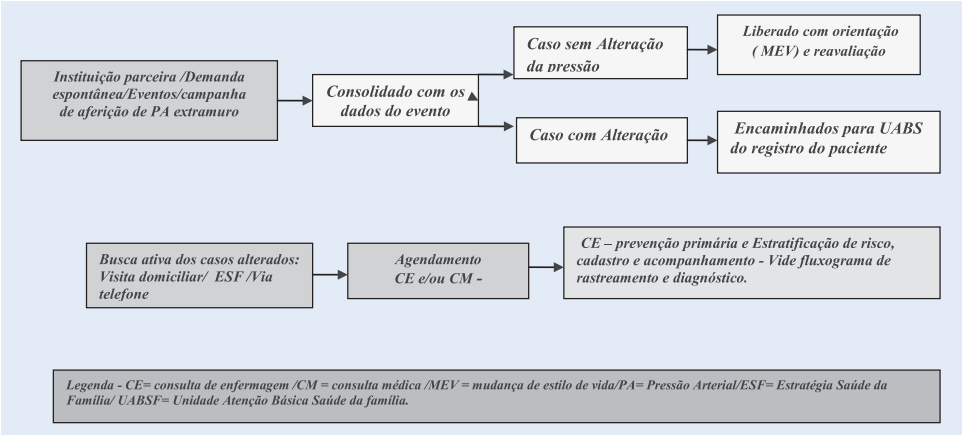
É importante ressaltar que a assistência de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), objetivando a educação em saúde para o autocuidado, ampliando o escopo do diagnóstico e do planejamento para além da equipe de enfermagem, envolvendo a equipe multiprofissional nas ações desenvolvidas. (Resolução do Cofen nº 358/15, de outubro de 2009).

O objetivo deste protocolo é subsidiar a conduta do profissional enfermeiro, que atua na atenção básica, atualizando conhecimentos e estratégias, oferecendo uma abordagem integral do cuidado à população hipertensa usuária do sistema único de saúde. Este protocolo segue orientações dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde/Sistema Único de Saúde e, embasados nas leis, decretos e resoluções da legislação do exercício profissional da enfermagem, conforme Coren-GO e Cofen.

Prevenção Primária – Rastreamento de Casos/Busca Ativa

Considerando as características da HAS, orienta-se a intensificação de atividades de captação dos casos de demanda espontânea, dos eventos, campanhas e ações de sensibilização da população. Essas ações de rastreamento produzirão busca ativa dos casos, (preferencialmente na atenção básica) com valores pressóricos alterados, sequenciando o diagnóstico precoce. Outra ação preponderante é o envolvimento e fortalecimento de parcerias não governamentais, civis e empresárias para o enfrentamento, controle e monitoramento da HAS.

Figura 1. Fluxograma de Busca Ativa na Atenção Primária


Instituição parceira /Demanda espontânea/Eventos/campanha de aferição de PA extramuro
Consolidado com os dados do evento
Caso sem Alteração da pressão
Liberado com orientação (MEV) e reavaliação
Caso com Alteração
Encaminhados para UABS do registro do paciente
Busca ativa dos casos alterados: Visita domiciliar/ ESF /Via telefone
Agendamento CE e/ou CM -
CE – prevenção primária e Estratificação de risco, cadastro e acompanhamento - Vide fluxograma de rastreamento e diagnóstico.
Legenda - CE= consulta de enfermagem /CM = consulta médica /MEV = mudança de estilo de vida/PA= Pressão Arterial/ESF= Estratégia Saúde da Família/ UABSF= Unidade Atenção Básica Saúde da família.

Acolhimentos/ Classificação de Enfermagem- Triagem nos serviços de urgência e emergência hipertensivas

São atendimentos realizados, preferencialmente, pelo enfermeiro ou pelos profissionais de enfermagem em um formulário próprio para triagem de pessoas que procuram o serviço da Unidade na Atenção Ambulatorial e/ou na Urgência/ Emergência.

Assistência de Enfermagem nas Crises Hipertensivas (Urgências e Emergências Hipertensivas)

A crise hipertensiva é uma elevação abrupta e sintomática da pressão arterial com risco de deterioração aguda de órgãos-alvo (rim, cérebro, coração, retina e vasos sanguíneos), podendo envolver risco de morte (Rosa et al, 2003, Praxedes e Santelo, 2006). Geralmente, a PA diastólica está acima de 120 mmhg, contudo a situação clínica é mais importante do que os valores propriamente ditos, as quais podem desencadear uma situação de urgência ou emergência clínica.

As crises hipertensivas podem ter origem na hipertensão arterial não controlada ou em outras situações, a exemplo de pré e pós-operatórios.

A **urgência hipertensiva** tem como característica o aumento da PA que não representa risco imediato de vida e nem dano agudo a órgãos-alvo, e o controle da PA poderá ser feito com a redução gradual em 24 horas.

Nas urgências, o aumento da pressão arterial está relacionado a sintomas como cefaleia, vertigem, agitação psicomotora, arritmias e epistaxe sem sinais agudos de lesões em órgãos-alvo ou risco eminente de vida.

A **emergência hipertensiva** é a situação caracterizada por PA marcadamente elevada com lesão de órgãos-alvo requerendo internação, geralmente em unidades de terapia intensiva e uso de medicação intravenosa.

Nas emergências, além do risco imediato à vida, o aumento da pressão promove a presença de sinais de deterioração em órgãos-alvo, manifestada por sinais de déficit neurológico, dispneia, dor no peito, sinais progressivos de insuficiência renal, dentre outros, a depender do órgão-alvo afetado.

A **assistência de enfermagem** nas crises hipertensivas consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar o tratamento prescrito, aconselhar e ensinar a manutenção da saúde ao paciente, quando possível, e à familia e orientar a equipe de enfermagem para uma continuidade de tratamento e medidas vitais.

A chamada pseudocrise hipertensiva é uma situação que não se enquadra na classificação tradicional de urgência e emergência hipertensivas, porém ocorre com uma frequência muito maior em serviços de Atenção Básica. Geralmente, apresenta-se como uma medida de PA elevada, associada a queixas vagas de cefaleia ou sintomas

e sinais de ansiedade, sem sinais de comprometimento de órgão-alvo. O tratamento, nesses casos, deve ser dirigido à causa da elevação arterial, como o uso de analgésicos na presença de cefaleia, de modo a evitar o risco de hipotensão e isquemia cerebral ou miocárdica. Muitas vezes, pode refletir a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo ou uso de doses insuficientes (Brasil, 2012). A pseudo crise hipertensiva oferece uma oportunidade para reforçar as medidas não medicamentosas e/ou otimizar o tratamento medicamentoso.

Cabe ao enfermeiro distinguir as duas situações para os devidos encaminhamentos em tempo oportuno. Em ambas as situações, o paciente deve ser encaminhado à consulta médica para avaliação.

Medida da pressão arterial

Para esse procedimento, alguns cuidados são importantes como: tipo do equipamento/ calibragem, preparo apropriado do paciente, uso da técnica padronizada.

Tipo do equipamento/calibragem

A medida da PA pode ser realizada pelo método indireto com uso do esfigmomanômetro coluna de mercúrio e/ou aneroide e com a técnica oscilométrica pelos semiautomáticos digitais de braço, todos validados por protocolos e calibrados por órgãos de rede brasileira responsável (INMETRO).

Preparo do paciente

1. Explicar o procedimento ao paciente.
2. Deixar o paciente descansar por 5 a 10 minutos em ambiente calmo com temperatura agradável.
3. Deve ser orientado a não conversar durante a medida, e possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou depois do procedimento.
4. Certificar-se de que o paciente **NÃO**:

- Está com a bexiga cheia,
- Praticou exercícios físicos nos últimos 30 minutos,
- Ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minutos antes do procedimento,
- Fumou nos 30 minutos anteriores.

5. O paciente deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço do paciente deve estar na altura do coração, livres de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

Para a medida propriamente

1. Obter a circunferência do braço (aproximadamente no meio). Após a medida, selecionar o manguito o manguito de tamanho adequado ao braço do paciente.

2. Localizar a artéria radial para palpação (lado externo do antebraço).
3. Colocar o manguito sem deixar folga, cerca de 2 a3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial.
4. Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial.
5. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.
6. Inflar rapidamente o manguito até ultrapassar em 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtida pela palpação.
7. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo), evitando congestão venosa e desconforto para o paciente.
8. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) que é em geral fraco, seguida de batimentos regulares e, após aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.
9. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff) exceto em condições especiais.
10. Auscultar até cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder a deflação rápida e completa.
11. Se o batimento persistir até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/ diastólica/ zero
12. Sugere-se esperar em torno de 1 minuto para nova medida.
13. Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o paciente.
14. Anotar os valores exatos sem arredondamento, especificando qual braço a pressão foi medida.

Quadro 1. Dimensões da bolsa de borracha para diferentes circunferências de braço em crianças e adultos

Denominação do manguito	**Circunferência do braço (cm)**	**Bolsa de borracha (cm)**	
Recém-nascido	≤ 10	Largura	Cumprimento
Criança	11–15	4	8
Infantil	16–22	6	12
Adulto Pequeno	20–26	9	18
Adulto	27–34	10	17
Adulto grande	35–45	12	23

(VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010)

Quadro 2. Classificação da Pressão Arterial (> 18 anos)

Classificação	Classificação Pressão Sistólica (mmhg)	Pressão diastólica (mmhg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	<85
Limítrofe ou Pré-hipertensão ou pressão normal alta	130-139	80-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160 -179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	< 90

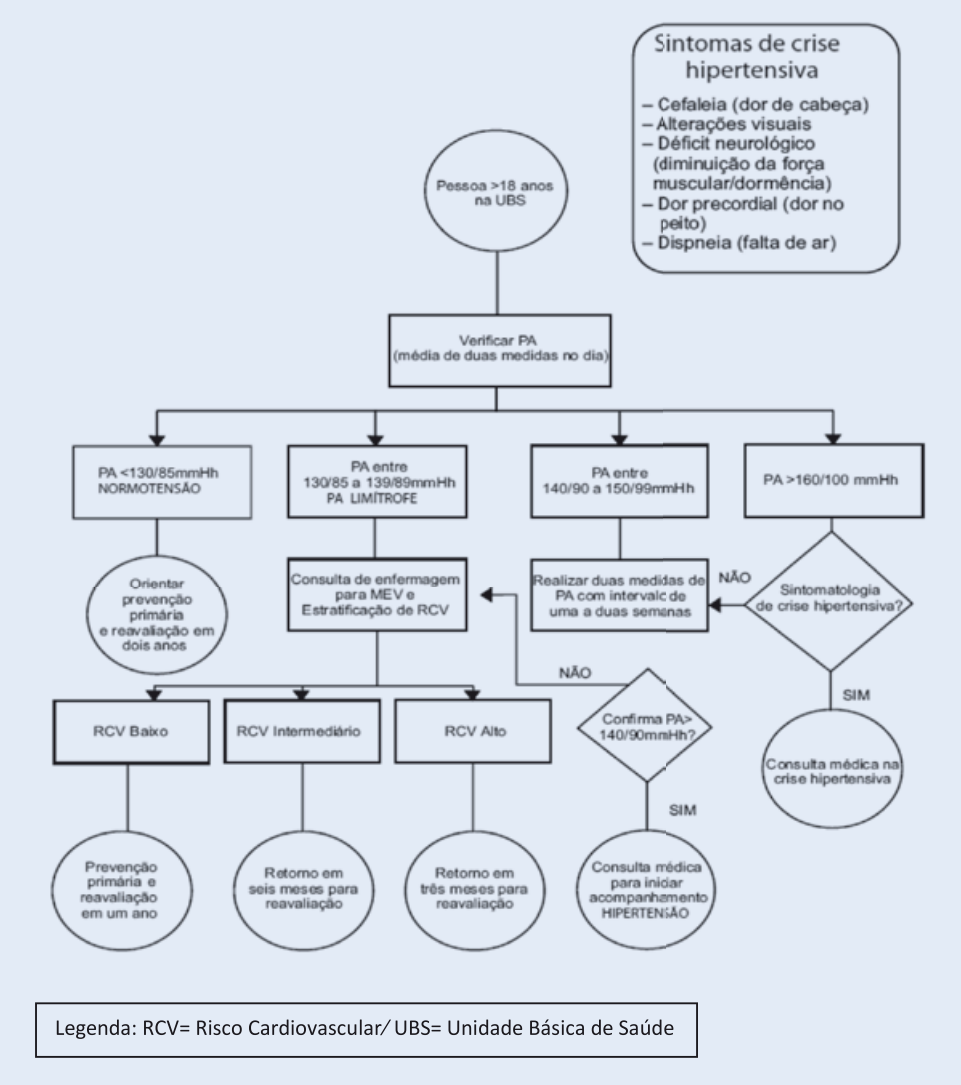
* O efeito do avental branco (EAB) – É a diferença de pressão obtida entre a medida registrada no consultório e fora dele ≥ a 20mmHg na pressão sistólica e 10mmHg na diastólica - (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010).

Quadro 3. Classificação da pressão arterial para crianças e adolescentes

Classificação	Percentil* para PAS e PAD	Frequência de medida da Pressão Arterial
Normal	PA < percentil 90	Reavaliar na próxima consulta médica agendada
Limítrofe	PA entre percentis 90 a 95 ou se PA exceder 120/80 mmHg sempre < percentil 90 até < percentil 95	Reavaliar em 6 meses
Hipertensão Estágio 1	Percentil 95 a 99 mais 5 mmHg	Paciente **assintomático**: reavaliar em 1 a 2 semanas; se hipertensão confirmada encaminhar para avaliação diagnóstica. Paciente **sintomático**: encaminhar para avaliação diagnóstica
Hipertensão Estágio 2	PA > Percentil 99 mais 5 mmHg	Encaminhar para avaliação diagnóstica em ambulatório ou consultório e PA normal em ambientes nãorelacionados à prática clínica
Hipertensão do avental branco	PA > Percentil 95	---

* ***Para idade, sexo e percentil de estatura.*** - (**VI** Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010).

Figura 2. Fluxograma de rastreamento e diagnóstico de HAS



Fonte: Caderno de Atenção Básica Nº 37/ MS, 2013.

Consulta de enfermagem

A consulta de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e possui seis etapas interrelacionadas entre si, objetivando a educação em Saúde para o autocuidado.

Essas etapas são: **histórico**, **exame físico,diagnóstico das necessidades de cuidado da pessoa**, **planejamento da assistência** (incluindo a prescrição de cuidados

e um plano terapêutico construído com a pessoa), **implementação da assistência e avaliação do processo de cuidado** (inclui a avaliação contínua e conjunta com a pessoa e com a família em relação aos resultados do tratamento e do desenvolvimento ao longo do processo de apoio ao autocuidado) (Caderno de Atenção Básica Nº 37/ MS, 2013).

História clínica

- Identificação: nome, endereço, sexo, idade, raça/cor, escolaridade, nome da mãe e pai, nacionalidade, naturalidade, estado civil, e condição socioeconômica (ocupação, estrutura familiar, condições de moradia, bens de consumo).
- História atual: duração conhecida da hipertensão arterial e níveis de pressão; adesão e reações adversas aos tratamentos prévios.
- Queixas atuais: sinais e sintomas sugestivos de lesão em órgão-alvo: tontura, cefaleia, alterações visuais, dor precordial, dispneia, paresia, parestesias e edema e lesões de membros inferiores.
- Presença de lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares (DCV): doenças cardíacas, hipertrofia de ventrículo esquerdo; angina ou infarto prévio do miocárdio; revascularização miocárdica prévia; insuficiência cardíaca. Episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico. Nefropatia. Doença vascular arterial periférica. Retinopatia hipertensiva, Gota, Doença arterial coronária.
- Hábitos de vida: incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, cafeína, alimentação, sono e repouso, atividade física, higiene e funções fisiológicas.
- Consumo de medicamentos que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento (corticosteroides, anti-inflamatórios, anorexígenos, antidepressivos, hormônios).
- Consumo de drogas lícitas e ilícitas.
- Investigação fatores de risco: Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Tabagismo, Sobrepeso e Obesidade, Sedentarismo, Perda de peso, características do sono, função sexual, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, mulheres pós-menopausa, raça, idade e gênero.
- História familiar: Acidente Vascular Encefálico, Doença Arterial Coronariana prematura (homens <55 anos, mulheres < 65 anos); morte prematura e súbita de familiares próximos.
- Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade.

Exame físico

- Medidas antropométricas - Peso, altura, IMC, circunferência abdominal.
- Inspeção: fácies, sinais sugestivos de hipertensão secundária; avaliação das extremidades e edemas.
- Pele (integridade, turgor, coloração e manchas).

- Cavidade oral (dentes, prótese, queixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico).
- Tórax e abdômen.
- Membros superiores e inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas).
- Alterações de visão.

Confirmação da elevação da pressão arterial e frequência cardíaca

- Realizar duas medidas de PA, separadas por, pelo menos, 2 minutos, com paciente em posição sentada. A verificação da pressão arterial, em ambos os membros superiores e em pacientes com suspeita de hipotensão postural (queda de PAS _20 mmHg e PAD _ 10 mmHg) e/ou idosos, recomenda-se, também, nas posições deitada (supina)e em pé (ortostática). Observar a variação da "síndrome do jaleco branco".
- Pulso radial e carotídeo (verificar).

Diagnósticos das necessidades de cuidado

É a interpretação, estratificação de risco para as doenças cardiovasculares, conclusões quanto às necessidades, problemas e preocupações da pessoa para direcionar o plano assistencial. Para essa estratificação de risco cardiovascular, recomenda-se a utilização do escore de Framingham, que tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. O cálculo será realizado quando o usuário apresentar mais de um fator de risco, baixo/intermediário, de acordo com o quadro abaixo. (Caderno de Atenção Básica Nº 37/ MS, 2013).

Quadro 4. Achados do exame clínico e anamnese indicativosde Risco Para Doenças Cardiovascular(DCV)

BAIXO RISCO/ INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
• Tabagismo • Hipertensão • Obesidade • Sedentarismo • Sexo masculino • Histórico familiar de evento cardiovascular prematuro (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos) • Idade > 65 anos	• Acidente vascular cerebral (AVC) prévio • Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio • Ataque isquêmico transitório (AIT) • Hipertrofia de Ventrículo esquerdo (HVE) • Nefropatia • Retinopatia • Aneurisma de aorta abdominal • Estenose de carótida sintomática • Diabetes mellitus

Fonte: Brasil,2010.

Planejamento da assistência

São estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados nas etapas anteriores, sempre estabelecendo metas com a pessoa com HAS, pois o ponto mais importante no tratamento é o processo de educação em saúde e o vínculo com a equipe.

Pontos importantes no planejamento da assistência:

1. A doença e o processo de envelhecimento.
2. Motivação para modificar hábitos de vida não saudáveis
3. Percepção de presença de complicações.
4. Os medicamentos em uso (indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais).
5. Solicitação e avaliar dos exames previstos no protocolo assistencial local.

• Hemograma	• Sódio	• Ácido úrico
• Urina (bioquímica e sedimento)	• Glicemia de jejum	• Ureia
• Creatinina sérica	• Lipidograma total	• Eletrocardiograma
• Potássio sérico		

Implementação da assistência

A implementação dos cuidados deverá ocorrer de acordo com as necessidades e grau de risco da pessoa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, em cada consulta.

Tratamento da HAS

O tratamento da HAS pode ser não medicamentoso e medicamentoso e inclui as seguintes estratégias: educação em saúde, modificações dos hábitos de vida, envolvimento do indivíduo no processo terapêutico e, quando necessário, tratamento medicamentoso, conforme preconizados pelos protocolos estabelecidos.

Tratamento não medicamentoso

O paciente deve ser continuamente estimulado a:

Manutenção do peso adequado:estabelecer um controle do pesoda Obesidade/ Sobrepeso, mantendo metas para o paciente alcançar valores ideais indicados, observando cada caso. A relação entre aumento de peso e pressão arterial (PA) está diretamente relacionada, sendo observada em adultos e adolescentes. Perdas de peso e da circunferência abdominal correlacionam-se com reduções da PA e melhora do perfil metabólico (glicemia, perfil lipídicos). Assim, as metas antropométricas a serem alcançadas são o índice de massa corporal (IMC) menor que 25 kg/m2 e a circunferência abdominal <102 cm para os homens e < 88 para as mulheres. (IMC = P/A^2),pois P= peso em quilos e A= altura em metros.

Quadro 5. Magnitude de risco para doenças cardiovasculares a partir dos valores de índice de massa corporal

MAGNITUDE DO RISCO	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (KG/M²)	CLASSIFICAÇÃO
Peso saudável	18 a 24,9	----
Risco moderado	25 a 29,9	Pré-obesidade
Risco alto	30 a 34,9	Obesidade grau I
Risco muito alto	35 a 39,9	Obesidade grau II
Risco extremo	≤ 40	Obesidade grau III

Quadro 6. Risco de complicações metabólicas associadas à obesidade em função da medida da cintura, por sexo

SEXO	RISCO AUMENTADO	RISCO MUITO AUMENTADO
Homens	94 cm	102 cm
Mulheres	80 cm	88 cm

Fonte: WHO, 1997

Obs: A determinação da circunferência da cintura se dá pela medida no ponto médio entre o rebordo costal e crista ilíaca, indicando a distribuição de gordura corporal.

Plano alimentar saudável

O sucesso do tratamento depende fundamentalmente de mudança comportamental e da adesão a um plano alimentar saudável que inclui orientações úteis no dia a dia do paciente. Devem-se valorizar as exigências de uma alimentação saudável, o controle do peso corporal, as preferências pessoais e o poder aquisitivo do indivíduo e sua família.

- Mastigar demoradamente os alimentos.
- Não comer quando estiver agitado, nervoso.
- Manter horário padronizado para alimentação (não beliscar entre as refeições).
- Não comer alimentos muito quentes ou muito frios.
- Evitar longos períodos de jejum, fazendo fracionamento alimentar de até 8 vezes.
- Variar os alimentos e as preparações para evitar a monotonia.
- Preferir alimentos pouco energéticos (os mais energéticos são aqueles gordurosos, as massas, bebidas alcoólicas, refrigerantes e o açúcar).
- Preferir alimentos crus, assados, grelhados ou refogados.
- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em fibras uma vez que essas contribuem para maior saciedade e, consequentemente, menor ingestão calórica.
- Tomar cuidado com uso de adoçantes artificiais, pois são compostos por sódio em boa parte das vezes.

- Aumentar a ingestão de líquido -o mínimo de dois litros/dia (água, sucos, chás).

Redução do consumo de sal

Apesar das diferenças individuais de sensibilidade, mesmo modestas reduções na quantidade de sal são, em geral, eficientes em reduzir a PA. Tais evidências reforçam a necessidade de orientação tanto aos hipertensos quanto às demais pessoas sobre os benefícios da redução de sódio na dieta. A necessidade diária de sódio para os seres humanos é a contida em 5 g de cloreto de sódio ou sal de cozinha, o equivalente a uma colher rasa de chá/dia/pessoa.

Recomendações importantes:

- Reduzir a quantidade de sal no preparo dos alimentos e retirar o saleiro da mesa.
- Restringir as fontes industrializadas de sal: temperos prontos, sopas, embutidos como salsicha, linguiça, salame e mortadela, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote, *fast food*.
- Dar preferência a temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, ao invés de similares industrializado.

Consumo de fibras

As fibras são classificadas em solúveis e insolúveis. As fibras insolúveis são representadas pela celulose (trigo), hemicelulose (grãos) e lignina (hortaliças). A recomendação de ingestão de fibra alimentar total para adultos é de 20 a 30 g/dia, sendo 5 a10 g, solúveis.

No tratamento de pacientes portadores de HA, sugere-se o incentivo do consumo de alimentos que sejam fonte de fibras solúveis e seus alimentos-fonte devem ser consumidos, preferencialmente, no início das refeições.

- Incluir, pelo menos, cinco porções de frutas, legumes e verduras no plano alimentar diário, procurando variar os tipos e cores consumidos durante a semana.
- Manter ingestão adequada de cálcio pelo uso de vegetais de folhas verde-escuras e produtos lácteos, de preferência, desnatado.

Quadro7. Fontes alimentares de fibra

FIBRAS DA DIETA		
TIPO	**SOLÚVEIS**	**INSOLÚVEIS**
Funções	✓ Retardam o esvaziamento gástrico ✓ Retardam absorção de glicose ✓ Reduzem reabsorção do colesterol	✓ Aumentam volume fecal ✓ Retardam absorção de glicose ✓ Parecem reduzir a reabsorção de colesterol
Fontes	✓ Frutas (mamão, maçã, laranja) ✓ Leguminosas (feijão, ervilha, soja) ✓ Flocos de aveia ✓ Legumes (cenoura crua)	✓ Cereais integrais (trigo, farelo de trigo, farelo de aveia) ✓ Grãos (feijão, ervilha, soja) ✓ Hortaliças (folhosos em geral) ✓ Frutas ingeridas com casca

Fonte: PEIXOTO, 1998.

Gorduras saturadas e insaturadas

Optar por alimentos com reduzido teor de gordura, preferencialmente, do tipo mono ou poli-insaturada, presentes nas fontes de origem vegetal, exceto dendê e coco;

As principais fontes dietéticas de ácidos graxos monoinsaturados (oleico) são óleo de oliva, óleo de canola, azeitona, abacate e oleaginosas (amendoim, castanhas, nozes, amêndoas).

Baixo consumo de bebidas alcoólicas

Há associação entre a ingestão de álcool e as alterações de PA dependentes da quantidade ingerida. Claramente, uma quantidade maior de etanol eleva a PA e está associada às maiores morbidade e mortalidade cardiovasculares. Recomenda-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a, no máximo, 30g de etanol ao dia, para homens e 15g para as mulheres, preferencialmente, com as refeições.

Volume de 30 g de etanol equivale ao v**olume aproximado de**: Cerveja = 625 ml ou 2 latas (350) ou1 garrafa (650ml) /Vinho= 312,5 ml ou 2 taças de 150 ml ou1 taça de 300 ml /Uísque, vodca, aguardente = 93,7 ml ou 2 doses de 50 ml ou 3 doses de 30 ml.

***Recomendações importantes:**

É sempre oportuno ressaltar que o álcool atenua os efeitos dos fármacos anti-hipertensivos, além do fato de que os níveis superiores a esse implicam no aumento de doenças cardiovasculares, AVC e hipertensão arterial, além da dependência e fatores sociais.

Prática regular de atividade física

Pacientes hipertensos devem iniciar atividade física **regular**, pois além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir, consideravelmente, o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso. A recomendação da atividade física baseia-se em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. Portanto, a atividade física deve ser:

- Realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana (5), de forma contínua ou acumulada. O efeito da atividade de intensidade moderada pode ser de forma acumulada sendo que os 30 minutos podem ser realizados em uma única sessão ou em duas sessões de 15 minutos (por exemplo: manhã e tarde) ou ainda, em três sessões de dez minutos (p.ex. manhã, tarde e noite).
- A orientação ao paciente deve ser clara e objetiva. As pessoas devem **incorporar** a atividade física nas atividades rotineiras como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, optar sempre que possível pelo transporte ativo nas funções diárias que envolvam pelo menos 150 minutos/semana (equivalente a pelo menos 30 minutos realizados em 5 dias por semana).
- Atividades aeróbicas: natação, caminhada, corrida, ciclismo, dança e outros.
- De forma prática, atividade física moderada é aquela que pode ser realizada mantendo-se a conversação. Ex: uma caminhada com o passo acelerado, com a percepção do aumento da frequência cardíaca e da frequência respiratória, sem **impedir** a possibilidade de diálogo com outra pessoa. Em outras palavras, a atividade não deve ser fatigante, pois aí ela deixaria de ser moderada e passaria a ser intensa.

***Recomendações importantes em benefícios observados com atividade física regular:**

- Fortalece o coração
- Ajuda a perda de peso
- Ajuda a controlar a pressão arterial
- Contribui com a Queda dos valores do colesterol, triglicerídeos e níveis glicêmicos e suas complicações
- Melhora o funcionamento intestinal
- Melhora a aparecia e a disposição para o trabalho
- Melhora o estresse, cansaço, irritabilidade e nervosismo
- Melhora a qualidade do sono

Suspensão do hábito de fumar

O tabagismo é consideração um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças graves, incapacitantes e fatais, incluindo as cardiovasculares.

O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Portanto, os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito, por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) é preconizado pelo INCA/Ministério da Saúde responsável pelas ações de controle do tabagismo e envolve 4 ações básicas:

Ambientes Livre do Tabaco – Instituição das leis federal, estadual e municipal de ações normativas de controle e proibições de fumar em ambientes fechados e coletivos.

Atividades Educativas de Sensibilização e Conscientização – Realização de campanhas, seminários, cursos, capacitações e comemorações das datas pontuais (31/05 - Dia Mundial Sem tabaco e 29/08 - Dia Nacional de Combate ao Fumo).

Abordagem Mínima ao Fumante - Abordagem individual aos fumantes, realizada por todo e qualquer profissional da saúde, durante as consultas de rotina.

Abordagem Intensiva ao Fumante - Abordagem em grupo aos fumantes, realizada por profissionais de saúde capacitados no Programa. É uma proposta de assistência estruturada, seletiva, que visa tornar o indivíduo agente de mudança de seu próprio comportamento. Grupo terapêutico educativo, fechado, com apoio medicamentoso e duração de 6 meses ou mais.

As atribuições do enfermeiro(a) envolvem a realização das consultas de enfermagem, conforme Protocolo Clínico ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo PNCT ou definidas localmente.

Durante as consultas, devem-se realizar orientações ao tabagista:

- Identificar os pacientes fumantes.
- Avaliar o graude dependência à nicotina e o grau de motivaçãopara a cessação do tabagismo.
- Relatar os riscos para a própria saúde e para a saúde dosque convivem com o fumante.
- Relatar os benefícios ao parar de fumar.
- Oferecer apoio e acompanhamento.

Recomendações importantes:

- Abordar o fumante sem agressividade ou preconceito
- Ter uma postura acolhedora
- Dirigir a intervenção aos fatores que tornam a cessação de fumar relevante para o paciente
- Deve trabalhar em equipe integrando áreas do conhecimento profissional para valorizar os diversos saberes e práticas, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito.

Controle do estresse psicossocial

Fatores psicossociais, econômicos e educacionais e o estresse emocional participam do desencadeamento e da manutenção da HAS, podendo funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudança de hábito. Diferentes técnicas de controle do estresse têm sido avaliadas, apesar de resultados ainda conflitantes, porém alguma técnica, associada aos apoios psicoterápicos, pode ajudar bastante.

Recomendações importantes:

- Atividade física regular.
- Meditação, musicoterapia, *biofeedback*, ioga.
- Interação profissional/paciente/de forma sistematizada e bem estruturada na rotina do serviço.
- Estabelecer um envolvimento e vínculo com a família com respeito, confiabilidade para melhor adesão.
- Técnicas de grupo conduzidas pela equipe multiprofissional.
- Propiciar um ambiente acolhedor durante a abordagem ao paciente.
- Orientar o paciente a organizar suas atividades e seu tempo, aceitar seus limites, procurar se divertir, fazer alguma coisa que o deixe feliz, como ir ao cinema, ler um livro, visitar um amigo, descansar alguns minutos durante os dias para evitar o estresse.

Educação em saúde/grupos

Segundo a OPAS (2003) nos países em desenvolvimento, a adesão aos tratamentos de longa duração é de 20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde, com encargos muito elevados para a sociedade, governo e familiares.

A educação em saúde que faz parte tanto da promoção da saúde, como do tratamento da HAS, é uma importante estratégia de controle da epidemia das doenças crônicas/HAS. A educação tem como finalidade influenciar o paciente para obtenção de mudanças de comportamento e a manutenção de hábitos de vida saudáveis. Os objetivos se relacionam a:

- Despertar os profissionais de saúde para flexibilização dos saberes e práticas de saúde.
- Ajudar o paciente a entender, conhecer e aceitar as doenças.
- Conhecer e reconhecer comportamentos de risco.
- Incentivar a participação do paciente nas decisões do tratamento e do diagnóstico.
- Negociar e cumprir as metas e propostas de tratamento estabelecidas.
- Enfrentar problemas de manutenção do tratamento.
- Procurar reforçar o modelo de conhecimento: Reforço-Recompensa (resultado ou realização).

O grau de conhecimento do indivíduo sobre seu problema reflete um comprometimento efetivo com o autocuidado e maior chance de sucesso. Há um

consenso em que os programas que consideram aspectos culturais e idade das pessoas têm melhores resultados, assim como aqueles que trabalham com grupos educativos possibilitam o crescimento de todos os sujeitos envolvidos.

Recomendações importantes:

A implementação da educação em saúde pode ser realizada de diversas maneiras, (de forma individual ou coletiva) através de estratégias de campanhas informativas junto à mídia televisiva e impressa, nas redes sociais e aplicativos, envolvimentos nas datas pontuais, em eventos públicos, entrevistas profissionais, trabalhos em praças, feiras, igrejas, além da formação de grupos.

Outros instrumentos e a elaboração de material apropriado às diversas faixas etárias e assuntos como fitas, vídeos, boletins, jornais, cartazes, folhetos, músicas e outras modalidades envolvem o uso de performances teatrais e artes cênicas utilizáveis pelos educadores no dia a dia como complemento maciço de multiplicação de informações. Outra estratégia é organizar os serviços de educação e saúde dentro das instituições, empresas e indústrias, pois assegura o envolvimento dos trabalhadores. Sugere-se, também, a consolidação das atividades nas escolas e ensinos fundamentais para alunos (PSE), a qual dissemina ações e informações de saúde entre professores e alunos, tornando-os agentes multiplicadores dentro de suas famílias e comunidades.

A educação em saúde é inerente ao profissional enfermeiro que tem um papel relevante na adesão do paciente e estímulo à formação de hábitos saudáveis como ferramenta do ensino do profissional, que tem o papel de educador.

Avaliação do processo de cuidado

Avaliar com a pessoa e a família o quanto as metas de cuidados foram alcançadas e o seu grau de satisfação em relação ao tratamento. Observar se ocorreu alguma mudança a cada retorno à consulta. Avaliar a necessidade de mudança ou de adaptação no processo de cuidado e reestruturar o plano de acordo com essas necessidades.

Registrar, em prontuário, todo o processo de acompanhamento.

Cadastrar o paciente com diagnóstico confirmado.

Agendar consultas subsequentes com equipe multiprofissional, conforme necessidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial. Brasília, Ministério da Saúde, 2013 (Cadernos de Atenção Básica, n º 37).

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial. Brasília, Ministério da Saúde, 2006 (Cadernos de Atenção Básica, n º 15).

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Doenças Respiratórias. Brasília, Ministério da Saúde, 2010 (Cadernos de Atenção Básica, n º 25).

_____Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução COFEN n° 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução COFEN nº 242, de 31 de agosto de 2000. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 10 nov. 2013

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM/GOIAS(COREN/GO).Leis, Decretos e Resoluções da Legislação do Exercício Profissional da Enfermagem, conforme COREN/GO e CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN), 2012.

JARDIM, P.C.B.V; MONEGO, E.T; SOUZA, A.L.L. A abordagem não medicamentosa do paciente com hipertensão Arterial. In: PIERIN, A. M.G. Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole, 2004.cap.8, p.119-138.

JARDIM, P.C.B.V. Educação em saúde e controle da pressão arterial: atividades educativas em grupos: uma proposta de ação. São Paulo, 1998. 99p. TESE (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

OPS – Organização Pan-Americana da saúde. Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004. 64 p.

_____. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation.Geneva: World Health Organization, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894).

PEREIRA, D.A.P. Efeito da ação educativa sobre o conhecimento da doença e o controle metabólico de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. 2011. 116 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás , Faculdade de Nutrição, Goiânia, 2011.

SOUZA, A.L.L. Educando a pessoa hipertensa. In: PIERIN, A. M.G. Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole, 2004.cap.10, p.165-184

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2010.

16 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À DIABETES MELLITUS

Gilson Martins Rezende[1]
Samira Nascimento Mamed[2]
Suiany Dias Rocha [3]

Introdução

O termo "diabetes mellitus" refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogênicas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRASIL, 2013).

O diabetes mellitus (DM) pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas aos sintomas de diabetes, mas também aos seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade). A abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida (prevenção terciária) (BRASIL, 2013).

Classificação

Diabetes mellitus tipo 1

- Apresentação geralmente abrupta.
- Ocorre, em crianças e adolescentes, sem excesso de peso.
- O termo "tipo 1" indica o processo de destruição da célula beta (produtora de insulina no pâncreas) que leva, geralmente, ao estágio de deficiência absoluta de insulina.
- A administração de insulina é necessária para evitar a cetoacidose.
- Alguns casos desse tipo de diabetes podem apresentar uma fase pré-cetótica não insulino dependente (BRASIL, 2013).

Diabetes mellitus tipo 2

- Início insidioso e sintomas mais brandos.
- Pode permanecer assintomática por longos períodos.

[1]Enfermeiro, especialista, Secretaria de Estado de Saúde de Goiás
[2]Enfermeira, mestranda, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
[3]Enfermeira, mestranda, Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goias

- Manifesta-se, geralmente, em adultos com excesso de peso e/ou incidência de DM tipo 2 na família.
- Observa-se um aumento da incidência da doença em crianças e adolescentes, pelo aumento da incidência de obesidade nos mesmos.
- Estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção.
- Cetoacidose é mais rara de ocorrer e, quando presente, está associada a situações de estresse ou infecções graves.
- Pode ser desencadeada por defeitos genéticos, endocrinopatias, medicamentos e infecções.
- Alguns tipos de diabetes podem comportar como insulino dependente, mesmo pouco tempo após o diagnóstico (BRASIL, 2013; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

Diabetes gestacional

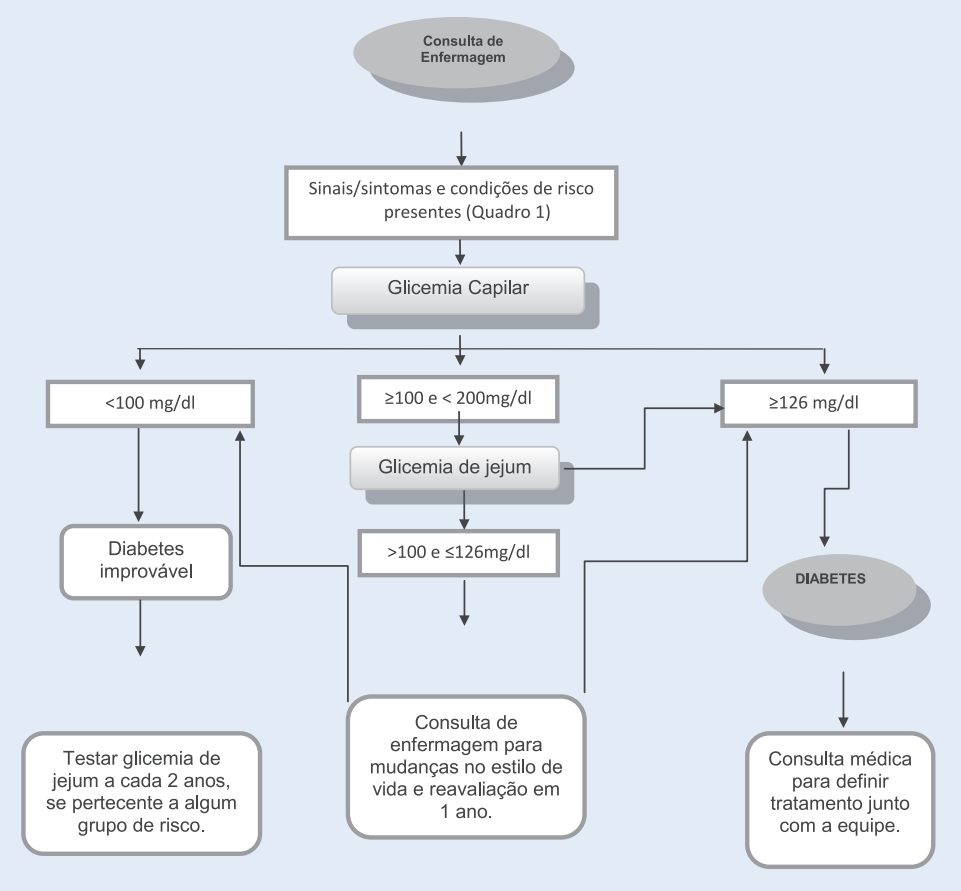
- Estado de hiperglicemia diagnosticado pela primeira vez na gestação e, geralmente, se resolve no período do pós-parto e poderá retornar anos depois. Para maiores informações sobre diabetes gestacional, leia o Protocolo 5 de Atenção à Saúde da Mulher e Pré-Natal.

Quadro 1. Sinais/sintomas e condições de risco para Diabetes Mellitus

Sinais/Sintomas
Poliúria, polidipsia, polifagia
Nictúria, emagrecimento rápido
Fadiga, astenia, letargia
Encontro causal de hiperglicemia ou glicosúria
Redução da acuidade visual
Proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica (complicações)
Impotência sexual, infecções urinárias e cutâneas (complicações)
Condições de Risco
Idade ≥ 45 anos e histórico familiar
Obesidade, história de inatividade física
História de doença cardiovascular
História de Diabetes Gestacional ou de recém-nascido com mais de 4kg
Hipertensão arterial (>140/90mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos)
Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL)
Outras: doenças pancreáticas e endócrinas, iatrogênias, síndromes genéticas.

Fonte: American Diabetes Association, 2013.

Figura 1. Fluxograma para atendimento de Enfermagem ao suspeito/portador de DM tipo 2



Quadro 2. Critérios para diagnóstico de Diabetes e de regulação glicêmica alterada

Sintomas de diabetes (poliúria, polidipsia, polifagia ou perda de peso inexplicada)
+ glicemia casual ≥200 mg/dl (realizada a qualquer hora do dia, independemente do horário das refeições); =OU= Glicemia de jejum ≥110 mg/dl*; =OU= Glicemia ≥ 200 mg/d no teste de tolerância à glicose, 2 horas após 75g de glicose*

* Devem ser confirmados com nova glicemia

Fonte: Adaptado do Caderno de Atenção Básica nº 16 – Diabetes Mellitus.

Quadro 3. Interpretação dos resultados da glicemia de jejum e teste de tolerância à glicose

Classificação	Glicemia em jejum*	TTG 2h após 75g glicose	Glicemia casual**	Hemoglobina glicada
Glicemia normal	< 110	< 140	<200	----------
Glicemia alterada	>110 e <126	----------	----------	----------
Tolerância à glicose diminuída	----------	≥140 e < 200	----------	----------
Diabetes Mellitus	≥ 126	≥ 200	200 (+ sintomas clássicos***)	>6,5%

Fonte: Adaptado do Caderno de Atenção Básica nº 36- Diabetes Mellitus

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por, no mínimo, oito horas.

**Glicemia plasmática casual é definida como aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição.

***Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso.

Consulta de Enfermagem para acompanhamento da pessoa com DM

Histórico

- Identificação da pessoa (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado).
- Antecedentes familiares e pessoais (história familiar de diabetes, hipertensão, doença renal, cardíaca e diabetes gestacional).
- Queixas atuais, história sobre o diagnóstico de DM e os cuidados implementados, tratamento prévio.
- Percepção da pessoa diante da doença, tratamento e autocuidado.
- Medicamentos utilizados para DM e outros problemas de saúde e presença de efeitos colaterais.
- Hábitos de vida: alimentação, sono e repouso, atividade física, higiene, funções fisiológicas.
- Identificação de fatores de risco (tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo).

Exame Físico

- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC.
- Pressão arterial com a pessoa sentada e deitada.

- Alterações visuais.
- Exame da cavidade oral, com atenção para a presença de gengivite, problemas odontológicos e candidíase.
- Frequência cardíaca e respiratória e ausculta cardiopulmonar.
- Avaliação da pele quanto a sua integridade, turgor, coloração e manchas.
- Membros inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas).
- Durante a avaliação ginecológica, quando pertinente, deve-se estar atento à presença de *candida albicans*.

Quadro 4. Rotina mínima de exames para portadores de DM

Glicemia de jejum e HbA1C
Colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos (TG)
Creatinina sérica
Exame de urina tipo 1 e, se necessário, microalbuminúria ou relação albumina/creatinina
Fundoscopia

Fonte: Caderno de Atenção Básica nº 36 – Diabetes Mellitus

Tratamento

O Tratamento para o DM objetiva, principalmente:

- Aliviar os sintomas.
- Melhorar a qualidade de vida.
- Prevenir complicações agudas (descompensação hiperglicêmica aguda,cetoacidose diabética, síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica e a hipoglicemia).
- Prevenir alterações microvasculares (retinopatia, nefropatia, neuropatia).
- Prevenir alterações macrovasculares (doença coronariana, cerebral e dos membros inferiores e hipertensão arterial).
- Reduzir mortalidade.

Alimentação Saudável

- Manter o peso adequado.
- Os alimentos devem ser distribuídos em 5 ou 6 refeições durante o dia, com horários regulares.
- Os carboidratos devem fornecer 50-60% do total calórico, sendo principalmente do tipo integral.

- Baixa ingestão de gorduras saturadas (gorduras animais: banha, toucinho, pele de aves, leite integral etc.), ácidos graxos mono ou poli-insaturados (óleos vegetais, exceto o de coco, margarina, etc.) podem ser consumidos até 30-35% do total de calorias, não exceder a 300 mg/dia de colesterol.
- Evitar a sacarose para prevenir oscilações acentuadas de glicemia.
- Restrição de ingestão de álcool, principalmente nos obesos, hipertensos e hipertrigliceridêmicos.
- As proteínas não devem exceder 15% do total de calorias.
- A escolha dos alimentos deve ser orientada por lista com indicações daqueles que devem ser evitados, podem ser consumidos com moderação e os que não têm restrições.
- Os adoçantes artificiais calóricos (sorbitol e frutose, por exemplo) devem ser usados com moderação. Os não calóricos devem ser preferidos.
- Consumir peixes, assados e cozidos, pelo menos uma vez por semana.
- Consumir, diariamente verduras e frutas, junto com algum cereal (aveia, granola, linhaça) para evitar aumento da glicemia.
- Lembrar que os tubérculos (cará, batata e mandioca) não são recomendados.
- Evite consumir alimentos ricos em sal como embutidos (presunto, salame e salsicha), temperos prontos (caldos de carnes e de legumes) e alimentos industrializados (azeitonas, enlatados, *chips*, sopas e molhos prontos etc.). Prefira temperos naturais como alho e ervas aromáticas.Use pouco sal para cozinhar.

Atividade física

- Atividade física regular é indicada a todos os pacientes com diabetes, adequando e respeitando as suas limitações, melhora assim, o controle metabólico, reduz o uso de hipoglicemiantes, promoveo emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos das doenças cardiovasculares e melhora a qualidade de vida.
- O exercício deve começar de forma gradual, como caminhadas de 5 a 10 minutos, em terreno plano, aumentando semanalmente até 30 a 60 minutos, 5 a 7 vezes por semana.
- Usar calçados adequados e confortáveis, porque evitam lesões nos pés como calosidades e rachaduras;
- A intensidade do exercício deve ser aumentada, progressivamente, até atingir intensidade moderada (60 a 80% da frequência cardíaca máxima).
- O exercício deve ser adequado ao quadro de complicações que o paciente apresenta.
- Incentivar atividades que deem prazer ao paciente, como danças e caminhadas.

Cuidados com a pele

- Examinar a pele, diariamente, principalmente pés e mãos, se preciso utilizar um espelho.
- Observar quanto à alteração de coloração, sensibilidade e aparecimento de lesões.
- Evitar sapatos apertados ou muito largos para evitar lesões. Usá-los sempre com meias e dar preferência aos mais macios.
- As meias devem ser de algodão e sem elástico.
- Jamais andar descalço, mesmo que esteja em casa.
- Lavar bem os pés e as mãos com água morna e nunca quente, lembrando-se sempre de enxugá-los completamente e entre os dedos.
- O uso de hidratantes é encorajado, aqueles à base de lanolina ou vaselina e nunca usar entre os dedos.
- Cortar as unhas retas, horizontalmente, sem retirar os cantos.
- Jamais tentar retirar calos ou rachaduras ou unhas encravadas sozinho (BRASIL, 2006).

Cuidados com os pacientes portadores de DM tipo 1

- Paciente em uso de insulina deve evitar fazer a aplicação em local em que será muito exercitado, pois pode afetar sua velocidade de absorção.
- Fazer rodízio entre os locais de aplicação da insulina: abdômen, parte traseira superior dos braços, as nádegas e a lateral exterior das coxas.
- Se possível, realizar controle metabólico antes da atividade.
- Ingerir um alimento de carboidrato, se a glicemia for inferior a 100 mg/dl.
- Ingerir carboidratos de fácil digestão antes, durante e depois de exercício prolongado.
- Evitar exercitar-se no pico de ação da insulina.
- Evitar exercícios de intensidade elevada e de longa duração (mais de 60 minutos).
- Estar alerta para sintoma de hipoglicemia durante e após o exercício.
- Carregar consigo um alimento contendo carboidrato para ser usado em eventual hipoglicemia.

Educação

Algumas informações são imprescindíveis que sejam repassadas ao portador de DM:

- O que é diabetes.
- Tipos e objetivos do tratamento.
- Necessidades individuais da dieta e como planejá-la.
- Efeitos da ingestão de alimentos, exercícios, stress, drogas hipoglicemiantes orais e

insulina (aplicação e ajuste da dose quando apropriados) sobre a glicemia.

- Como reconhecer e proceder em emergências (hipoglicemia, hiperglicemia, doença intercorrente).
- Sinais, sintomas e principais problemas associados ao diabetes.
- Automonitoramento e controle domiciliar, significado dos resultados e ações a serem executados.

Conclusão

Ao final deste trabalho é importante que a (o) enfermeira (o) obtenha subsídios para:

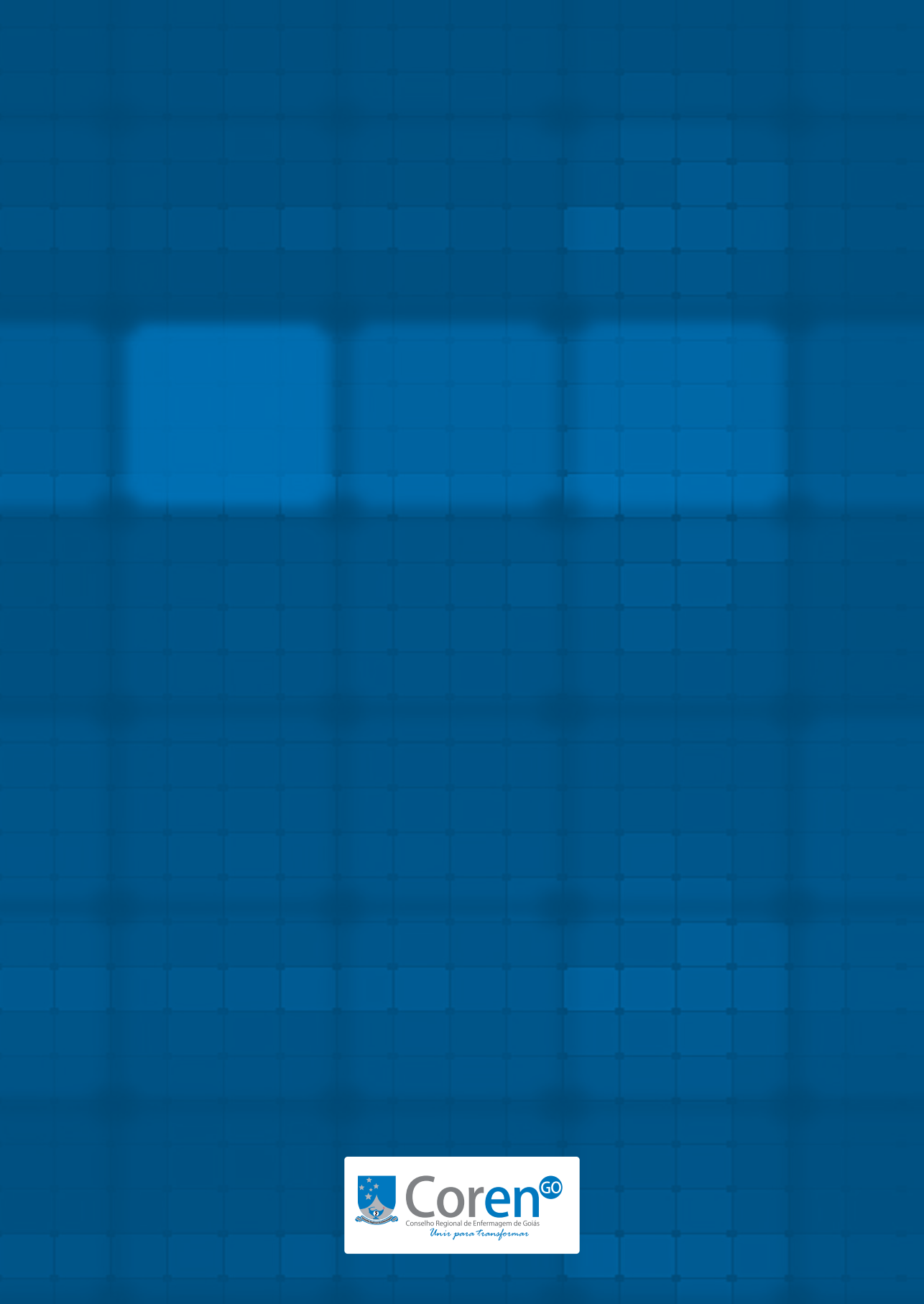
- Reconhecer a importância do componente educativo no cuidado dos pacientes diabéticos.
- Identificar os principais problemas associados ao uso de medicações.
- Utilizar recursos dos pacientes através da consulta de enfermagem e visita domiciliar.
- O serviço de enfermagem da unidade deve encaminhar, para consultas médicas mensais, os pacientes não aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgão-alvo ou comorbidade.
- A enfermeira pode repetir a medicação, prescrita pelo médico, de indivíduos controlados e sem intercorrências desde a última consulta.
- Solicitar durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe.
- Inscrever todos os pacientes no programa de diabetes da unidade básica de saúde.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 16 – Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 64 p.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Caderno de Atenção Básica nº 36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. 382 p.


Coren GO
Conselho Regional de Enfermagem de Goiás
Unir para transformar